

# Neurodermitis und Psychotherapie

## Eine retrospektive Studie zur Effektivität ambulanter Neurodermitis- Behandlung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereiches Humanmedizin

der Justus-Liebig-Universität Giessen

vorgelegt von Patricia Sandison Williamson

aus Giessen

Giessen 2000

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin,  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Leiter: Prof. Dr. med. C. Reimer  
des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: Prof. Dr. U. Gieler

Gutachter: Prof. Dr. Dr. W.-B. Schill

Tag der Disputation: 1. Dezember 2000

<b>1. Einleitung</b>	1
<b>2. Das Krankheitsbild des atopischen Ekzems/Neurodermitis</b>	2
2.1 Entstehung und Definition	2
2.2 Vorkommen	2
2.3 Ätiopathogenese	3
2.4 Klinik	5
2.5 Therapie	7
2.6 Psychosomatische Aspekte der Neurodermitis	8
<b>3. Psychotherapeutische Behandlung</b>	11
3.1 Formen der Psychotherapie	11
3.1.1 Verhaltenstherapie	12
3.1.2 Analytisch und tiefenpsychologisch orientierte Einzel-, Familien- und Gruppentherapie	15
<b>4. Forschungsstand und Literatur</b>	17
4.1 Zusammenfassung der Literatur	17
4.2 Stand der Forschung zur Therapieeffektivität	26
<b>5. Fragestellung</b>	29
5.1 Ableitung der Fragestellung und Herleitung der Hypothesen	29
<b>6. Hypothesen</b>	33
<b>7. Methoden</b>	34
7.1 Operationalisierung der Fragestellung und Beschreibung der Untersuchungsinstrumente	34
7.1.1 Fragebogen zur Sozialen Situation	34
7.1.2 Fragebogen zur Qualität der Behandlung (ZUF)	34
7.1.3 Anamnesebogen (Neurodermitis)	35
7.1.4 Schweregraderfassung der Neurodermitis	35
7.1.5 Fragebogen zum Verlauf der Neurodermitis	37

7.1.6 Fragebogen zum Juckreiz und Kratzen der Neurodermitis	37
7.1.7 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	38
7.1.8 Marburger Fragebogen zur Verarbeitung von Hauterkrankungen (MHF)	38
7.1.9 Life-Event-Fragebogen	41
7.1.10 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)	42
7.2 Stichproben und Untersuchungsgang	43
7.2.1 Erhebung der Stichprobe	43
7.2.2 Ablauf der Untersuchung	44
7.2.3 Behandlung mit Psychotherapie	44
7.2.4 Behandlung ausschließlich dermatologisch	44
7. 3 Statistische Auswertung	44
<b>8. Ergebnisse</b>	46
8.1.1 Fragebogen zur Sozialen Situation	46
8.1.2 Fragebogen zur Qualität der Behandlung (ZUF)	47
8.1.3 Anamnesebogen (Neurodermitis)	47
8.1.4 Schweregraderfassung	52
8.1.5 Fragebogen zum Verlauf der Neurodermitis	53
8.1.6 Fragebogen zum Juckreiz der Neurodermitis	54
8.1.7 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	55
8.1.8 Marburger Fragebogen zur Verarbeitung von Hauterkrankungen (MHF)	56
8.1.9 Life-Event-Fragebogen	58
8.1.10 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)	59
<b>9. Diskussion</b>	62
<b>10. Zusammenfassung</b>	70

<b>11. Literaturverzeichnis</b>	72
<b>12. Anhang</b>	80
<b>13. Lebenslauf</b>	106
<b>14. Danksagungen</b>	108

## **1. Einleitung**

Das Atopische Ekzem gehört zu den häufigsten chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen und beruht auf einer Wechselwirkung zwischen genetischer Prädisposition und exogenen Provokationsfaktoren. Für den Ausbruch der Erkrankung und die Chronifizierung wird ein multifaktorielles Geschehen diskutiert (Braun-Falco et al. 1995). Dies umfaßt Umweltfaktoren, Störungen der humoralen und zellulären Immunität, Störungen des neurovegetativen Systems und Störungen der allgemeinen Hautfunktionen. Darüber hinaus scheinen psychische Faktoren wie Streß und Persönlichkeitsstrukturen bedeutsam zu sein (Bosse u. Hünecke 1981). Die hier vorgestellte Arbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten, durch psychotherapeutische Behandlung Einfluß auf das Krankheitsgeschehen zu nehmen.

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wird zunächst das Krankheitsbild dargestellt einschl. psychosomatischer Aspekte der Neurodermitis. Anschließend wird insbesondere auf den psychischen Aspekt in Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung eingegangen., die in dieser Arbeit einen besonderen Stellenwert hat. Es erfolgt ein Überblick des Forschungsstandes und der Literatur unter Berücksichtigung der Therapieeffektivität. Darauf folgt die Ableitung der Fragestellung und der daraus folgenden Hypothesen.

Im zweiten Abschnitt erfolgt im Methodenteil eine ausführliche Beschreibung der Untersuchungsinstrumente, des Untersuchungsganges sowie deren statistische Auswertung.

Der dritte Teil faßt die Ergebnisse zusammen. Es folgt die Diskussion der Ergebnisse und deren Zusammenfassung.

## **2. Das Krankheitsbild des Atopischen Ekzems/ Neurodermitis**

### **2.1 Entstehung und Definition**

Die Ursache der Neurodermitis ist weitgehend ungeklärt. Durchgehend wird ein multifaktorieller Ansatz diskutiert (Braun-Falco et al. 1995). Psychischen Faktoren (Gieler et al. 1991) wird - wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung - eine deutlich beeinflussende Bedeutung bzgl. der Hautreaktionen allgemein anerkannt. Untersuchungen der letzten Jahre, ob bestimmte Persönlichkeitscharakteristika oder Merkmale besonders zur Auslösung der Neurodermitis beitragen, konnten jedoch bisher nicht sicher nachgewiesen werden.

### **2.2 Vorkommen**

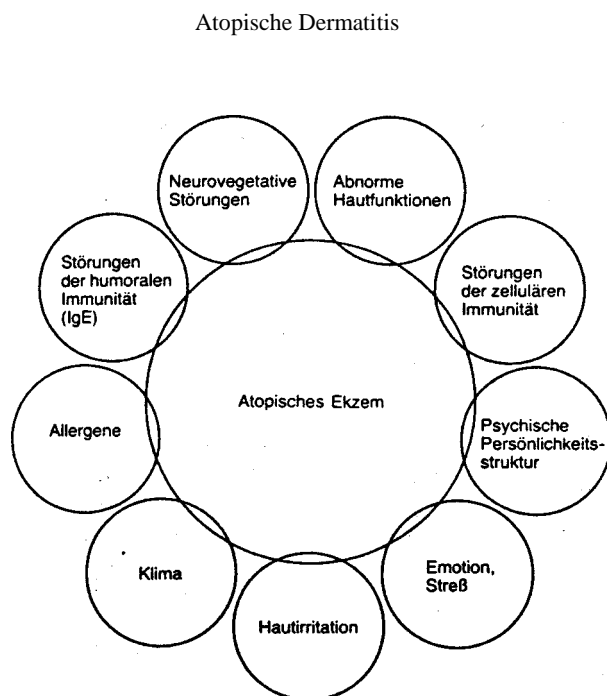
Die vorliegenden epidemiologischen Angaben zur Neurodermitis differieren erheblich. Die meisten vorliegenden Daten betreffen Kleinkinder. Eine dänische Studie (Schultz-Larssen 1985) berichtet von einer deutlichen Zunahme der Erkrankungsrate. Die Erstmanifestation der Neurodermitis liegt prozentual gesehen deutlich im ersten Lebensjahr, wobei die Morbiditätsrate mit zunehmendem Alter abnimmt. Männliche und weibliche Patienten sind gleichermaßen betroffen, wobei ein leichtes Übergewicht bei den weiblichen Patienten auffällt (Diepgen u. Fartasch 1992). Für das einzelne Lebensalter sind typische Manifestationsformen zu sehen, so ist bei Säuglingen in erster Linie Gesicht und Kopf betroffen ist, während es bei Erwachsenen vornehmlich die Beugegelenke (Schudel u. Wüthrich 1985) sind. Weiter würde das Patientengut der Neurodermitis häufiger in Großstädten wohnen, eine höhere Schulbildung besitzen, selten als Arbeiter und häufiger als Angestellte oder Beamte berufstätig sein (Püschel 1976). In eine internationalen Studie von Rajka (1986) wurden diese Ergebnisse bestätigt. In diesen Untersuchungen fanden sich jedoch auch Hausfrauen und im Freien arbeitende Personen, die an der Neurodermitis erkrankt waren. Außerdem schienen in dieser internationalen Studie eher Unterschichtsangehörige von der Neurodermitis betroffen zu sein. Was die Heredität betrifft, scheint eine positive Familienanamnese bezüglich atopischer Erkrankungen prädisponierend zu sein. Auch soll hier hingewiesen

werden auf eine Untersuchung (Cookson et al. 1989), die möglicherweise eine Verknüpfung der Vererbung allgemein atopischer Erkrankungen mit einem DNA-Marker auf dem Chromosom 11q untersucht hat, wobei es noch Unklarheit darüber gibt, ob dies für alle atopischen Erkrankungen gilt.

### 2.3 Ätiopathogenese

Die Ursache der Neurodermitis ist bis zum heutigen Tage nicht gänzlich geklärt. Es wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen (Braun-Falco et al. 1995). Immunologische, neurovegetative und hautkonstitutionelle Abweichungen im Zusammenhang mit einer erblichen Disposition scheinen miteinander in Zusammenhang zu stehen. Im folgenden Abschnitt (s. Abb. 1) ist die multifaktorielle Genese in ihren Grundzügen dargestellt.

Abb. 1: Die multifaktorielle Genese der Neurodermitis (Braun-Falco et al. 1995)





Gelegentlich ist die Neurodermitis mit einem erhöhten IgE-Serumspiegel verbunden. Der IgE-Anstieg kann besonders ausgeprägt sein, wenn gleichzeitig Störungen im Respirationstrakt (allergisches Asthma, allergische Rhinitis) vorhanden sein. Dies ist aber nicht bei allen neurodermitischen Patienten zu finden, so daß dem IgE keine pathognomische Bedeutung zukommt.

Allergene der Umwelt wie z.B. Nahrungsmittel und Inhalationsallergene lösen bei Atopikern eine Sensibilisierung vom Soforttyp, aber auch vom verzögerten Typ (Bruynzell-Koenen) aus. Die Bedeutung dieser Reaktion für die Pathogenese der Neurodermitis ist jedoch vorläufig noch unklar (Braun-Falco et al. 1995).

Insgesamt scheint eine Reduzierung der zellvermittelnden Immunität bei Patienten mit Neurodermitis vorzuliegen. Diese Patienten sind in besonderer Weise anfällig für virale, bakterielle und mykotische Hautinfektionen. Diskutiert wird ein Defekt der T-Suppressorzellen in der Immunpathologie der Neurodermitis (Vogt 1990).

Als weiterer Ausdruck der Störung des vegetativen Nervensystems ist der sog. "weiße Dermographismus" häufig zu sehen. Dabei wird die Entwicklung einer Gefäßkontraktion nach mechanischer Hautbelastung in normal erscheinenden Hautarealen beschrieben. Die Neigung zu Gefäßkontraktionen manifestiert sich auch an der vergleichsweise niedrigen Hauttemperatur der Finger und der starken Gefäßkontraktion nach Kälteposition (Braun-Falco et al. 1995). Auch hier ist unklar, ob dem weißen "Dermographismus" eine pathogenetische Bedeutung zukommt (Gloor 1983).

Durch eine Unterfunktion der Talgdrüsen und die dadurch bedingte verminderte Talgproduktion (Sebastase) sowie den gesteigerten transepidermalen Wasserverlust entsteht die sog. trockene Haut (Sebastase) und der starke Juckreiz (Jung 1991). Die verminderte Talgdrüsenproduktion wird von Vogt (1990) als auffallendste Funktionsstörung der Haut beim Atopiker bezeichnet.

Das Schweißretentionssyndrom wird von Gloor (1983) und Braun-Falco et al. (1995) beschrieben, jedoch unterschiedlich beurteilt. Diskutiert wird, ob die Schweißabgabe in Folge von Störungen der Hornschicht (Hyper, Parakeratose)

behindert ist und der Schweiß nach Durchtritt in die Haut zu entzündlichen Reaktionen oder Juckreiz Veranlassung gibt.

Deutlich ist eine typisch jahreszeitliche Abhängigkeit der Hautveränderung, wobei in den meisten Fällen eine Verschlechterung in den Wintermonaten auftritt.

Vererbt wird nach Braun-Falco et al. (1995) die Disposition zu atopischen Reaktionen. In Familien, in denen Patienten an Neurodermitis erkrankt sind, findet sich eine Häufung anderer atopischer Erkrankungen vom Soforttyp, wie der allergischen Rhinitis, der allergischen Konjunktivitis sowie dem allergischen Asthma bronchiale.

Damit es von der Disposition zur Manifestation der Neurodermitis kommt, sind jedoch deutliche Realisationsfaktoren notwendig. Es spielen individuelle Faktoren wie Streß und psychische Belastung dabei eine wichtige Rolle (Braun-Falco et al. 1995). Es wird diskutiert, daß vasoaktive Mediatorsubstanzen durch psychische Faktoren freigesetzt werden können. Das Ausmaß ihrer Ausschüttung könnte durch das zyklische Adenosin-Monophosphat (c-AMP) moduliert werden. Über die Veränderung der intrazellulären c-AMP-Konzentration wäre auch eine Erhöhung des Histaminspiegels im Blut diskutierbar, was wiederum mitverantwortlich für die Auslösung des starken Juckreizes sein könnte (Kühnel-Petzold 1988). Letztlich wird auch ein Einfluß mangelhafter oder übertriebener Umwelthygiene bevorzugt in Großstädten und Industrieballungen eingeräumt (Pürschel 1976). Bei größeren Untersuchungen ist die Stadtbevölkerung deutlich stärker befallen als die Landbevölkerung (Bräutigam et al. 1992).

#### 2.4. Klinik

“Die Neurodermitis ist definiert (Braun-Falco et al. 1995) als eine chronische oder auch chronisch rezidivierende in ihrem morphologischen Aspekt und Gesamtablauf recht verschiedenartige Hauterkrankung mit starkem Juckreiz”. Das morphologische Bild wechselt gewöhnlich mit Alter der Patienten und der Akuität der Hauterscheinungen (Braun-Falco et al. 1995).

Hauterscheinungen mit Rötung, Nässen und Krustenbildungen an Wangen, Stirn und behaartem Kopf können oft schon im 2. bis 3. Lebensmonat des Säuglingsalters auftreten. Dieses klinische Bild wird auch als Milchschorf (*Krusta lactea*) bezeichnet.

Mit zunehmendem Alter treten die Hauterscheinungen bevorzugt in den großen Gelenkbeugen auf (Ellenbeuge, Kniekehle, Handgelenk), auch Beugenekzem (*Eczema flexurarum*) genannt. Für die Säuglinge und Kinder stellt der Juckreiz die größte Belastung dar.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung bzw. späteren Erstmanifestation kommt es zu einem Bild der Neurodermitis, die als lichenoidale Form beschrieben wird. Diese Form ist durch plaqueförmige, meist unscharf begrenzte Lichenifikation (vergrößerte Hautfelderung) sowie ausgeprägte Exkorationen in unterschiedlichem Maß gekennzeichnet. Bevorzugte Stellen mit symmetrischem Befall sind Gesicht (Stirn, Augenlider, Perioralgegend), Hals (besonders Nacken), oberer Brustbereich und Schultergürtel, die großen Gelenkbeugen und Handrücken sowie die Streckseiten der Extremitäten (Braun-Falco et al. 1995). In besonders schwer verlaufenden Fällen ist auch die Kopfhaut gerötet und entzündlich infiltriert mit sichtbar verkrusteten Kratzspuren und kleieförmiger Schuppung. Auch am Rumpf können entzündliche Herde in meist flächenhafter Ordnung auftreten (Braun-Falco et al. 1995). Bei der Erscheinungsform der Prurigo treten auf der gesamten Körperoberfläche, besonders an den Extremitäten einzelne Papeln auf, die durch starken Juckreiz sich auszeichnen und meist aufgekratzt werden und in der Folge mit hämorrhagischen Krusten belegt sind.

Beim Juckreiz, der allgemein als ein herausragendes Leitsymptom gesehen wird (Braun-Falco et al. 1995), kommt es durch Kratzen und Manipulationen zu Exkorationen und schließlich zu einer deutlichen Veränderung der Haut im Sinne einer Verdickung. Die folgende rautenförmige mosaikartige Veränderungen der verdickten Haut wird als Lichenifizierung bezeichnet. Zum Krank-

heitsbild kann sich in unterschiedlicher Ausprägung folgende Symptomatik hinzugesellen: verstärkte Unterlidfalte (Dennie-Morgan-Falte), die Lichtung der seitlichen Augenbrauenpartien (Hertoghe-Phänomen) sowie retro- bzw. intraaurikuläre Ragaden. Auch ist die sog. Ichthyosishand mit deutlich vermehrter und vertiefter Hautfurchung anzutreffen. Durch das Kratzen sind die Nägel häufig abgenutzt und glänzend. Beschrieben wird auch eine Pigmentation unterhalb der Augen sowie ein fahles Hautkolorid.

## 2.5. Therapie

Allgemeine therapeutische Maßnahmen bestehen im wesentlichen in der Pflege der Haut mit Ölbädern, neutralen und sauer gestellten Seifen, Wasser in Öl, Öl in Wasser-Emulsionen und Zink-Pasten, evtl. mit Teerzusatz. Daneben gibt es eine Reihe von Therapeutika, deren Anwendung sich an den unterschiedlichen pathogenetischen und klinischen Gegebenheiten orientiert.

Zur antiphlogistischen Behandlung werden systemisch und extern applizierte Glukokortikosteroide, in manchen Fällen auch nicht steroidale Antiphlogistika sowie Balneo- und Fotochemotherapie (PUVA) eingesetzt.

Externe Desinfizientien werden vorwiegend bei Superinfektionen der Haut eingesetzt. Nur in Ausnahmefällen finden Chemotherapeutika wie Cyclosporin Anwendung.

Im Mittelpunkt steht die Behandlung der antipruriginösen Symptomatik; hier werden neben den bereits genannten Steroiden Antihistaminika mit sedierender Wirkung eingesetzt.

Im Zusammenhang mit der Regulation des Archidonsäure-Stoffwechsels wurde mit ungesättigten Fettsäuren, dem Gamma-Linolensäurereichen Öl aus Nachtkerzensamen, gute Behandlungserfolge erzielt.

Die psychotherapeutischen Behandlungen werden in Kapitel 3 näher besprochen.

## 2.6. Psychosomatische Aspekte der Neurodermitis

In der bisherigen Auseinandersetzung mit psychosomatischen Aspekten der Neurodermitis gibt es Belege dafür, daß gerade bei Neurodermitikern das Ausmaß der sympathischen Erregbarkeit gegenüber Kontrollpersonen deutlich erhöht ist und ihre vagale Grundtönung (High Band der Pulsfrequenz-Variabilitätsanalyse) verringert ist. Ein Befund der im Aktivitätsschub und in der rezidivfreien Phase festgestellt werden kann. Ebenfalls verändert sich die Hauttemperatur bei psychisch unterschiedlichen Zuständen. Psychoimmunologische Prozesse werden bei der Neurodermitis, wie auch anderen Hauterkrankungen diskutiert.

Die Haut ist ein Organ, welches ein unmittelbar wichtiges Medium der Kommunikation zwischen Mutter und Kind in der frühen Kindheit darstellt. Durch den direkten Körperkontakt mit der Mutter und durch die Sicherheit gewährende Beziehung zu ihr lernt das Kind, die Haut als Oberfläche wahrzunehmen (Pines 1980) und sein eigenes Körper-Ich zu entwickeln. Der Begriff „Haut-Ich“, eingeführt von Anzieu (1991) versteht darunter eine psychische Metapher, „mit dessen Hilfe das Ich des Kindes während früher Entwicklungsphasen - ausgehend von seiner Erfahrung der Körperoberfläche - eine Vorstellung von sich selbst als Ich entwickelt“. Riemann (1961) und Battegay (1987) weisen auf die sogenannte „taktile Phase“ als früheste Phase in der menschlichen Entwicklung hin und weisen der Haut dabei eine entscheidende Bedeutung für die spätere Persönlichkeitsentwicklung zu. Störungen zu diesem frühen Zeitpunkt und damit verbundene Affekte scheint das Kind am Organ Haut festzumachen. Durch ein atopisches Ekzem in der frühen Kindheit treten häufig Nähe-Distanz-Probleme im späteren Leben auf (Gieler und Detig-Köhler 1994). Offensichtlich liegt es daran, daß das hautkranke Kind schon als Säugling, bevor Persönlichkeit und Körperbild entwickelt sind, an der Haut ständig zwei gegensätzliche Reize erlebt: liebevolle Zuwendung durch Streicheln und Massieren mit Salbe und gleichzeitig ein Schmerz- oder Juckreiz durch Ekzemherde, durch zu festes Einreiben oder zu dickes Auftragen der

Salbe (Pines 1980). Für das Kind ergibt sich die Schwierigkeit zwischen liebevoller Zuwendung und unangenehmen Reizen zu unterscheiden. In der Dynamik, daß der Säugling die Anwesenheit der Mutter und der Salbe, die sie aufträgt, als eine Quelle der Erleichterung und Beruhigung erlebt, so wird andererseits die Abwesenheit der Mutter als Bedrohung empfunden und eine Fixierung an das mütterliche Objekt eingeleitet. Das hautkranke Kind erlebt dann die Trennung von der Mutter „nicht nur so, als würde es nicht gehalten, sondern als würde ihm die Haut abgezogen“ (Pines 1980). Diese Schwierigkeit des Kindes, sich von der Mutter abzugrenzen, wird in der Regel im Erwachsenenalter zu Nähe-Distanz-Konflikten führen.

Die Hauterkrankung, die sich manifestiert, wird sich wiederum auf die Persönlichkeit des Patienten auswirken. Da es sich in der Regel um sichtbare Hautveränderungen handelt, kommt der sekundären Krankheitsverarbeitung eine besondere Bedeutung zu, wobei diese wiederum abhängig von der Persönlichkeitsstruktur des Hautkranken zu sein scheint. Eine empirische Studie (Jourard 1966) zur Erforschung der Körpererfahrung zeigte, daß Körperbild und Haut in sehr engem Zusammenhang stehen. Hautveränderungen beeinflussen Selbstwertgefühle der Hautkranken. Soziale Isolierung und Ängste erzeugen psychischen Streß, der sich wiederum negativ auf die Hauterscheinungen auswirkt.

Hornstein et al. (1973) konnten durch eine Studie nachweisen, daß die Angst vor Ablehnung durch Mitmenschen, über die viele Hautkranke klagen, durchaus begründet ist. Sie konnten nachweisen, daß Hautkrankheiten in unserer Gesellschaft besonders negativ bewertet werden. Das Wort „Haut“ in Verbindung mit Krankheit rief bei den untersuchten gesunden Probanden Gefühle wie Ekel und Angst vor Ansteckung hervor.

Eine typische „Allergiepersönlichkeit“ scheint es nicht zu geben. Es wurden jedoch einzelne psychische Phänomene wie erhöhte Aggressionswerte und alle Formen von Depressionen nachgewiesen. Daraus folgern einige Autoren (Brown 1967, Garrie et al. 1974, Jordan und Whitlock 1972 und 1974, Rechenberger 1979, Gieler et al. 1990, Heigl-Evers 1975), daß die allergischen

Symptome als Entlastung der aggressiven Strebungen dienen, die sich sonst gegen das Selbst richten würde (wie in der Depression). Nachgewiesen wurde auch, daß Allergien durch Autosuggestion entstehen können und daß starke Ängstlichkeit die Haut sensibler auf potentielle Allergene reagieren läßt. Aus tiefenpsychologischer Sicht wurden wiederholt Beziehungsmuster und Interaktionen mit anderen Menschen beschrieben, die für den Allergiker typisch sein sollen. Marty (1980) stellte die allergische Objektbeziehungstheorie auf: Hiernach haben Allergiker einen symbiotischen Objektbeziehungsmodus, der eine substituierende Wirkung für ihre labile Struktur hat und der durch die Angewiesenheit auf die ständige Präsenz der Objektbeziehungen (Partner, Wohnung, Arbeitsplatz usw.) gekennzeichnet ist. Kommt es zu einem realen oder symbolischen Verlust eines solchen Objektes kommt es zur Regression und in diesem Zusammenhang zum Ausbruch der Erkrankung. Dieser von Marty aufgezeichnete Mechanismus wurde von anderen psychoanalytisch orientierten Autoren in ähnlicher Weise beschrieben. Fraglich scheint, ob dieser aufgezeigte Mechanismus nicht auch allgemeines Charakteristikum psychosomatischer Grundstörung ist. Zum Beispiel kann der Juckreiz-Kratz-zirkel als Spannungsentladung unbewußter Affekte verstanden werden, der nach triebtheoretischen Gesichtspunkten Lustcharakter annehmen kann (Rechenberger 1979).

### **3. Psychotherapeutische Behandlung**

#### **3.1 Formen der Psychotherapie**

Die Therapievorschläge in der Literatur beziehen sich hauptsächlich auf verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Therapieformen. Daneben finden sich auch eine Vielzahl von kombinierten Therapievorschlgen (Gieler et al. 1986, z.B. mit Entspannungstraining, dermatologische Schulungen). Nach dem tiefenpsychologischen Konzept kann die Psychotherapie mit einzelnen Patienten, mit Familien oder auch in Gruppen durchgeführt werden. Die Behandlungstechnik unterscheidet sich in diesen Gruppen nicht. Grundlage der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung ist, durch eine akzeptierende Haltung eine tragfähige therapeutische Beziehung zu schaffen. Auf dieser Basis können im weiteren Verlauf latent gebliebene Konflikte zugänglich und bewußt gemacht werden. Entsprechend auftretende innere Widerstände und Abwehrvorgänge können somit der Bearbeitung zugänglich gemacht und überwunden werden. Dies führt in der Regel zu einer Stabilisierung des psychischen Gleichgewichtes und einer besseren Verarbeitung des jeweiligen Krankheitsgeschehens. Stützende wie auch aufdeckende Interventionen wechseln sich ab.

In der tiefenpsychologischen Psychotherapie gilt eine besondere Aufmerksamkeit der in der Behandlung auftretenden Affekte (Trauer, Wut etc.) und Phantasien. Die Bewußtmachung dieser Affekte und Phantasien soll dem Patienten helfen, einen besseren Einblick in die eigene Welt zu erhalten und damit die veränderte Verarbeitung des Krankheitserlebens zu erreichen.

Besonders im Zusammenhang mit chronischen Hauterkrankungen kann eine analytisch orientierte psychotherapeutische Behandlung indiziert sein, da stabile und mittragende familiäre Beziehungen die Krankheitsverarbeitung der chronisch erkrankten Patienten wesentlich zu verbessern scheint.

Die in dieser Arbeit untersuchten Patienten wurden ausschließlich nach dem tiefenpsychologischen fundierten Konzept behandelt.

Die verschiedenen Formen der psychotherapeutischen Behandlungen sollen im Folgenden näher erläutert werden.



### 3.1.1. Verhaltenstherapie

Die Behandlung beginnt zunächst mit einer Verhaltensanalyse, wobei bestimmte Verhaltensweisen erfaßt werden, die durch bestimmte Situationen (Reizkonstellation oder spezifische Reize) ausgelöst oder begünstigt werden (kontrollierende Reize, die dem Problem vorausgehen und Reize, die als Konsequenz auf ein geäußertes Verhalten folgen). In diesem Zusammenhang interessiert auch welche Bedeutung die Bezugspersonen des Patienten hierbei haben, insbesondere, wie sie auf die Probleme des Patienten reagieren. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist es wichtig, daß der Patient die Ursachen seiner Störung sieht, d.h. sie attribuiert. Am Schluß des Interviews werden Überlegungen angesprochen, welche Therapieverfahren eingesetzt werden können. Ein wichtiges Behandlungsverfahren beruht deshalb auf der rationalen Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien im Umgang mit „Stresssituationen“, d.h. den Patienten wird gelehrt, wie sie ihr Verhaltensrepertoire erweitern können (Meichenbaum 1977). In der Verhaltenstherapie dient die Verhaltensanalyse immer zur gezielten therapeutischen Planung für den jeweiligen Patienten, wobei die kontrollierenden momentanen Reizbedingungen (operante, klassische, konditionale und kognitive Aspekte) bei der Aufrechterhaltung einer Erkrankung isoliert werden, die dann im weiteren Behandlungsverlauf in den einzelnen Phasen parallel weiter dokumentiert werden. Und es kann im Verlauf der Behandlung zu Veränderungen von Therapiezielen und dem Einsatz neuer Behandlungsmethoden kommen. Die aktive Beteiligung des Patienten durch sogenannte Hausaufgaben oder Dokumentation von Strategien, die der Patient einsetzt oder die vom Therapeuten empfohlen wurden, gehören in jedem Fall zur Behandlung. Die operante „Konditionierung“ mit dem Einsatz sogenannter positiver Verstärker spielt bei dem differenzierten Psychotherapieprogramm der Verhaltenstherapeuten eine große Rolle. Operante Verstärkermodelle sind effektiver, wenn bestimmte Aspekte berücksichtigt werden:

„Selbstsicherheitstraining, Sozialtraining“, um eine Verbesserung der Möglichkeiten zu erreichen, eigene Wünsche und Bedürfnisse gegenüber der Um-

welt zu realisieren. Dies wird möglich durch Rollenspiele, Schulungen, soziale Auseinandersetzungen unter Berücksichtigung averbaler Verhaltensaspekte.

Beim „Modellernen“ im Rollenspiel beobachtet der Patient therapeutisch erwünschte Verhaltensweisen bei anderen Personen und die positiven Konsequenzen, die deren Verhalten nach sich zieht. Bestimmte Eigenschaften dieser Personen (Geschlecht, Alter, soziale Attraktivität) können das Modellernen begünstigen oder verringern.

Viele „verhaltenstherapeutische Interventionen“ finden bei komplexen oder chronifizierten Verhaltensproblemen statt, die nicht von vornherein die Chance bieten, vollständig anderes (erwünschtes Verhalten) kurzfristig zu erreichen. In verschiedenen Therapieschritten kann es letztlich zu einer gewünschten Therapiemodifikation kommen (shaping). Es werden also Teile von Verhaltenszweigen analysiert und in einzelnen Schritten besonders beeinflusst. Diese Schritte sind aufeinander bezogen und verstärken die Veränderungsbereitschaft des Patienten.

Beim „Biofeedback“ werden einerseits physiologische Parameter vom Patienten kognitiv zurückgemeldet und durch Licht und Tonsignale Verstärkung zur Veränderung dieser Parameter in eine bestimmte Richtung eingesetzt. Die weiteren Techniken sind: Gegenkonditionierung (z.B. zur Beseitigung von Angst, Aversionstechniken, operante Löschung, Expositionstherapie (insbesondere bei phobischen Zuständen, Konfrontation mit dem angstausslösenden Ereignis) s. Markgraf und Schneider (1990).

Der Vollständigkeit halber sei hier der verhaltenstherapeutische Ansatz bei Juckreiz erwähnt (Böddecker, u. Böddecker 1976). In einer Darstellung der Dynamik der Kratzreaktion stellen sie das Unbewußte dieses Vorganges dar. Eine diffuse Beunruhigung und nicht das visuelle oder haptische Wahrnehmen einer Kratzstelle geht einer Kratzreaktion, wie sie für die Neurodermitis typisch ist, voraus.

Zu Beginn der Kratzphase steige das Kratzbedürfnis an, um dann gerade beim Auslösen von Schmerzen und Blutung rasch wieder abzusinken. Die an einem größeren Patientenkollektiv erhobene Kurve der zircadianen Kratzfrequenz

ordne sich spiegelbildlich zur Tagesaktivitätskurve an. Dies legt die Vermutung nahe, Wachheit und Nicht-Wachheit üben Kontrollfunktionen aus und seien ein Kriterium des Kratzens.

Der Kreislauf des Kratzens beginne, wenn ein frustrierender, angstausslösender Reiz (S) auf einen Organismus (O) mit einem charakteristischen Verhaltensdefizit treffe (Defizit im Erkennen, Zulassen und im Umgang mit eigenen Emotionen). Diese Patienten neigen, nach Beobachtung der Autoren, häufig dazu, eine psychologische Interpretation der Kratzsymptomatik abzulehnen. Sie führen diese Einstellung darauf zurück, daß “das Organ Haut in unserer Kultur dasjenige ist, das noch am ehesten den Ausdruck psychischer Störung erlaubt, ohne daß diese vom Patienten oder der Umwelt entlarvt wird” (Bödder 1976). Die Spannungsreduktion (C1) trete unter Reaktion (R) in Form von Kratzen bei Aufeinandertreffen von S auf O spontaner ein, als die negativen Konsequenzen (C2) wie Schmerzen und Verschlechterung des Hautzustandes.

Das Therapiekonzept bei Bödder u. Bödder (1976) stützt sich auf positive Verstärkung von Nicht-Kratzen, eine der Belohnung (Spannungsreduktion) vorausgehende Bestrafung, beispielsweise durch Protokollierung vor dem Kratzen und dem Verstärkerentzug (z.B. Armkrawatten mit Alarmvorrichtungen).

Gieler et al. (1990) und Gieler et al. (1992 a) entwickelten ein therapeutisches Zwei-Komponenten-Programm, welches einerseits eine dermatologische Schulung im Rahmen einer themenzentrierten Gruppentherapie und andererseits ein spezielles psychologisches Training beinhaltet mit dem Erfolg der Symptombesserung der beobachteten Patienten (Niebel 1990, Ehlers et al. 1995).

### 3.1.2 Analytisch und tiefenpsychologisch orientierte Einzel-, Familien- und Gruppentherapie

Im Zentrum der psychoanalytischen Behandlungsmethode steht das Bewußtmachen von unbewußten Bedeutungsinhalten bezüglich der jeweiligen Lebenssituation der Patienten. Dieses findet ohne Verhaltensanweisung seitens des Behandlers statt (Thomä 1980).

Die Behandlungstechniken bestehen im Wesentlichen aus „Klärung“, „Konfrontation“, „Deutung“, im Besonderen auch die Wahrnehmung der „Übertragung“ und „Gegenübertragung“. Im Folgenden sollen die einzelnen Begriffe kurz erläutert werden.

Die „Klärung“ erfolgt über die Untersuchung von Erlebens- und Verhaltensweisen im Umgang mit anderen im persönlichen Umfeld des Patienten. Wichtige Interaktions- und Erlebensweisen sollen im Zusammenhang mit der inneren Bedeutung des Patienten bearbeitet werden.

In der „Konfrontation“ wird auf abgewehrte, und verleugnete Verhaltens- und Erlebnisweisen und deren Auswirkung auf andere deutlich gemacht. Wobei die therapeutische Situation gleichermaßen mit Alltagssituationen verdeutlicht werden.

„Deutungen“ sollen unbewußte Zusammenhänge der Erlebnis- und Verhaltensmuster zwischen bedeutsamen Anderen aufzeigen. Dabei wird auch eingegangen auf vergangene Erfahrungen, wie z.B. der Kindheit, die abgewehrt und verleugnet wurden.

Der Aspekt der Übertragung und Gegenübertragung spielt in den analytisch orientierten psychotherapeutischen Behandlungen eine besondere Rolle. Dahinter steht die Idee, daß das Durcharbeiten von Gefühlen und Beziehungsphantasien im Zusammenhang mit Verhalten eine besondere Psychodynamik darstellt und als gemeinsamer Prozeß von Therapeut und Patient bzw. als therapeutischer Prozeß verstanden wird. Im therapeutischen Raum sollen Wünsche nach Selbständigkeit und die Ängste vor den Folgen und Kompromißbildungen zwischen Wünschen und Ängsten verstanden und deren Abwehrmechanismen und daraus folgenden Verhaltensweisen aufgelöst werden.

Eine geglückte psychotherapeutische Behandlung ist darin zu sehen, daß der Patient selbst befriedigendere Möglichkeiten in seinem persönlichen Leben erarbeiten kann.

Die analytisch-tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Gruppentherapie ermöglicht ein therapeutisches Beziehungsgefüge, in dem die Patienten die Möglichkeit haben, neurotisierte oder pathologische Beziehungen innerhalb der Gruppe zu erleben und zu bearbeiten, indem ein multiples Übertragungsangebot durch Gruppenleiter/in und Gruppenteilnehmer/in sich herstellt und die Möglichkeit der Bearbeitung persönlicher Konflikte wie auch Konflikte miteinander zu bearbeiten besteht. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren haben bei Patienten mit Neurodermitis eine relativ gute Wirksamkeit (Bitzer et al. 1997).

## 4. Forschungsstand und Literatur

### 4.1 Zusammenfassung der Literatur

Insgesamt läßt sich die Literatur im Zusammenhang mit psychosomatischen Aspekten nicht klar in Bereiche aufgliedern, da sich eine Vielzahl von Überschneidungen ergeben.

Die Bereiche umfassen **immunpathophysiologische Untersuchungen, Untersuchungen zu Angst, Feindseligkeit und Depressivität, familiäre Aspekte, Untersuchungen zu Streß- und Life-events.**

Pathophysiologische Untersuchungen folgen dem behavioristischen Ansatz und beschäftigen sich mit der pathophysiologischen Reagibilität von Neurodermitis-Patienten sowie ihrer Beeinflussung durch Konditionierung. Als Parameter gelten zum Beispiel Herzfrequenz, der elektrische Hautwiderstand, die elektromyographische Aktivität und die Hauttemperatur unter definierten Belastungssituationen. Zusätzlich werden psychometrische Daten wie z.B. Score für Angst und Feindseligkeit sowie Depressivität gemessen.

So verglichen Jordan und Whitlock (1972, 1974) Neurodermitis-Patienten mit einer Kontrollgruppe, bestehend aus neurologischen und internistischen Patienten, die weder selbst, noch familiäre Erkrankungen des atopischen Formenkreises aufwiesen. In der ersten Phase wurden psychometrische Daten (Cattel Personality Inventory, Esenck Personality Inventory, Buss-Durkee Hostility Inventory, Skalen Depression und Angst des Minnesota Multiphasic Personality Inventory) erhoben und in einer zweiten Phase versuchten die Autoren die Kratzreaktion und Veränderung des Hautwiderstandes bei Auslösen sowohl eines unkonditionierten Reizes (Juckreiz über Elektroden) als auch eines konditionierten Stimulus (Glockenton). Bei den Neurodermitis-Patienten fanden sich signifikante höhere Werte für die Skalen Neurotizismus (EPI), Angst (MMPI) und unterdrückte Feindseligkeit (BDHI).

Eine Korrelation zwischen psychischer Alteration (erhöhte Scores für Neurotizismus, Angst, Feindseligkeit) und vasomotorische Reaktivität im Sinne von Eysenecks „Autonomic Reactivity“ konnte nicht nachgewiesen werden.

In einer Untersuchung von Faulstich et al. (1985) wurden 10 Neurodermitis-Patienten mit der Vorstellung der autonomen Reagibilität mit einer Kontrollgruppe hinsichtlich der Meßwerte für Herzfrequenz, Elektromyographie, peripherer vasomotorischer Antwort, Hauttemperatur und -widerstand gegenübergestellt. Die Patienten wurden psychischem (Intelligenztest) und physischem Streß ausgesetzt. Die Neurodermitis-Patienten reagierten lediglich auffällig mit Erhöhung der Herzfrequenz und des Muskeltonus bei Provokation durch Einlegen der Hand in Eiswasser („cold-pressor-test“). In den Scores für Angst der Symptom-Checklist-90 (SCL-90R) erzielten die Neurodermitis-Probanden signifikant hohe Werte. Weitere Zusammenhänge zu den pathophysiologischen Daten konnten jedoch nicht hergestellt werden.

Münzel und Schandry (1990) verglichen in einer ähnlichen Untersuchung 18 Neurodermitis-Patienten mit einer hautgesunden Kontrollgruppe. Auch in dieser Untersuchung wurde Herzfrequenz, Hautwiderstand, die Unterarmhauttemperatur und Pulsvolumenamplitude während psychischer Belastung in Form von Kopfrechnen und sozialem Streß (Stellungnahme zu einem Thema vor einer Gruppe) gemessen. Die Patienten teilten in den Pausen zwischen den Aufgaben ihr Empfinden bezüglich Anspannung, Ärger und Unruhe anhand stetiger Skalen (0-100) mit.

Alle physiologischen Parameter der Neurodermitis-Patienten, sowie das Anspannungsgefühl lagen signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Auch die Hauttemperatur stieg bei den Neurodermitis-Patienten, in der Kontrollgruppe fiel sie ab. Die Autoren unterteilten die Neurodermitis-Patientengruppe bezüglich der subjektiven Beeinträchtigung durch Juckreiz; die Werte der Teilgruppe von Patienten, die stark unter Juckreiz litten, waren verantwortlich für den statistischen Hauttemperaturanstieg der Gesamtgruppe. Die Vermutung war, daß vor allem bei Patienten mit anhaltend hoher Aktivierung ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Krankheitsverlauf besteht.

Köhler und Weber (1992) fanden hingegen bei einem ähnlich angelegten Versuch keinerlei Hinweise auf eine allgemeine Überreaktivität bezogen auf das Hautsystem der Neurodermitis-Patienten.

Diese Ergebnisse zeigen, daß man scheinbar von einer generellen Überreaktivität der Neurodermitis-Patienten primär nicht ausgehen kann.

Bekannt ist der Einfluß von schwerwiegenden Lebensereignisse und Stressoren unterschiedlichen Ausmaßes auf das Immunsystem. Als Verbindung zwischen dem Empfinden und der folgenden somatischen Antwort wirkt das autonome Nervensystem. Lymphknoten enthalten sympathische Afferenzen; adrenerge und cholinerge Fasern befinden sich im Thymus, ebenso verfügen die Lymphozyten über adrenerge und cholinerge Rezeptoren (Baker 1987).

Kiecolt-Glaser et al. (1984) fanden bei Untersuchungen von 75 Studenten in der Phase vor dem Abschlußexamen deutlich verringerte Aktivitäten der „Natürlichen Killerzellen“ (NK-Zellen). Diesen Zellen kommt eine besondere Rolle in der Karzinogenese und Virusabwehr zu. Anhand von psychometrischen Tests (Brief-Symptom-Inventory, Symptom-Checklist-90, Social Readjustment Rating Scale, UCLA-Loneliness Scale) wurde eine Unterteilung der Untersuchungsgruppe vorgenommen, die eine Korrelation zwischen Einsamkeit- und Beeinträchtigungsgefühl durch Stressoren und einer verringerten NK-Zell-Aktivität zeigte. Außerdem wiesen die untersuchten Studenten einen erhöhte Serum-IgA-Spiegel auf. In weiteren Untersuchungen (Kiecolt-Glaser, Glaser 1986) unter ähnlichen Bedingungen und Populationen ließen sich erniedrigte Interferon-Spiegel ebenso wie eine Korrelation zwischen dem Ausmaß von Entspannungsübungen und der Zahl der T-Helferzellen nachweisen. Außerdem fanden Kiecolt-Glaser et al. (1984) Hinweise auf Einflüsse durch Stressoren beim DNA-Repair von Lymphozyten.

Baker (1987) betont, daß die veränderte Reaktivität der Abwehrzellen ausschlaggebend sei, weniger die zahlenmäßigen Schwankungen. Er verweist außerdem auf die signifikant höhere Inzidenz von Neurodermitis bei depressi-



ven Patienten im Vergleich zu schizophrenerkrankten Patienten. Eine große Zahl von Studien konnte bei Neurodermitis-Patienten eine verringerte T-Zellzahl, sowie ein Anstieg der Eosinophilen, B-Lymphozyten und des Serum-IgE nachweisen (Byrom, Timlin 1979). Eosinophile und IG-E korrelierten mit dem Ausmaß der Hautausprägung des Ekzems (McGeady, Buckley 1975). Stone et al. (1976) registrierten bei der Hälfte der von ihnen untersuchten Neurodermitis-Patienten sinkende IG-E-Spiegel mit dem Abklingen des Ekzems. Wüthrich (1980) mißt der Eosinophilenzahl einen prognostischen Wert in der Ekzemtherapie bei.

Kupfer (1994) untersuchte die Wechselwirkung von der Stärke der Hautsymptomatik der Ausprägung einzelner Emotionen sowie der Ausschüttung von Speichelcortisol und Speichel-IgA. Als nachweisbare Emotionsqualitäten wurden besonders Aggressivität, Depressivität und Angst mit dem Hautsymptom verbunden.

Eine eingeschränkte zelluläre Abwehr fanden McGeady und Buckley (1975). Sie untersuchten 21 Neurodermitis-Patienten, indem sie Intracutan-Candida-albicans-Antigen und Streptokinase-Streptodornase applizierten. Es zeigte sich eine ausgeprägte Anergie, die mit der Schwere des Ekzems korrelierte. Tatsächlich leiden Neurodermitis-Patienten häufiger unter z.T. generalisierten viralen Infektionen (Herpes-, Cocksackie-, und anderen Viren) und bakteriellen Superinfektionen (Wüthrich 1980, Braun-Falco, Ring, 1984).

Ring (1979) stellt die zentrale immunätiologische Rolle vasoaktiver Mediatoren wie z.B. Histamin und ECF-A (Eosinophil-Chemotactic-Faktor of Anaphylaxis) bei Neurodermitis-Patienten heraus. Für den entscheidenden Einfluß dieser Mediator-Liberation gibt er folgende Faktoren an: Die gesteigerte Bereitschaft der Basophilen zur Histaminausschüttung, sogenannte „leaky“ Mastzellen, ein beta-2-adrenerger Kontrolldefekt u.a. auf der Ebene des intrazellulären cAMP-Systems. Eine in vivo und vitro nachgewiesene, vermehrte Sensibilität gegenüber alpha-adrenergen und cholinergen Reizen, sowie hohe IgE-Spiegel. Die Histaminwirkung liegt neben den Effekten auf

das Kapillar-Bronchial-System in einer Einschränkung der T-Supressor-Aktivität mit konsekutiver IgE-Erhöhung. Bei fast allen Atopikern fand sich auf der T-Zell-Ebene eine gesteigerte Sensibilität gegenüber Histamin.

#### Untersuchungen zur Angst, Feindseligkeit und Depression

Die Entwicklung in der Forschung anerkennt die Neurodermitis als eine psychosomatische Erkrankung (Alexander 1971, Koblenzer 1983, Bosse 1986). Psychosomatische Ursachen gelten als wichtigste Auslösefaktoren. Zahlreiche Untersuchungen zur Persönlichkeit des Neurodermitis-Patienten zeigten jedoch, daß es keine „spezifische Neurodermitis-Persönlichkeit“ gibt. Die Patienten selbst geben nach Untersuchungen von Pürschel (1976) zu 40% und bis zu 70% nach Griesemer und Nadelsohn (1979) psychische Faktoren in der Auslösung der Neurodermitis an.

Die Angst als ein Teilaspekt der ätiologischen Diskussion bei Neurodermitis-Patienten wurde von Jordan und Whitlock (1972) untersucht. Die Ergebnisse zeigten erhöhte Angstwerte bei Neurodermitis-Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit andersartigen Erkrankungen; gemessen wurde dabei die Angst mit einer MMPI-Zusatzskala.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Garrie et al. (1974) in ihren Untersuchungen.

Faulstich et al. (1985) führten eine pathophysiologische Studie durch, die ebenfalls erhöhte Angst bei Neurodermitis-Patienten nachweisen konnte.

In einer Untersuchung von Gieler et al. (1990) mit dem Testverfahren „HESTIBAR“ gaben die Neurodermitis-Patienten deutlich erhöhte Angstwerte an. Dabei bildeten sich in einer Cluster-Analyse Untergruppen heraus, die einerseits extrem hohe Angstwerte aufwiesen und andere Untergruppen die im Normbereich lagen. Es ist zu vermuten, daß die erhöhten Angstwerte von Neurodermitis-Patienten nicht Bestandteil einer „Neurodermitis-Persönlichkeit“ darstellen, jedoch den Krankheitsverlauf und Krankheitsverarbeitung beeinflussen.

Als ein Charakteristikum der „Neurodermitis-Persönlichkeit“ werden immer wieder unterdrückte feindselige Gefühle benannt. Die Untersuchung von Jordan und Whitlock (1972) mit dem Bus-Durkey-Hospility-Inventory-Test stellten fest, daß die Neurodermitis-Patienten erhöhte Werte bezüglich der empfundenen und nicht nach außen gezeigten Feindseligkeit im Verhältnis zur Kontrollgruppe zeigten. Es wurden jedoch keine Unterschiede gemessen bezüglich der offen geäußerten Feindseligkeit. Auch andere Autoren wie Borrelli (1950), Cleveland und Fischer (1956), Fiske und Obermeier (1954), Jordan und Whitlock (1972), Levi (1952), Mac Laughlin et al. (1953), Ott et al. (1986) berichteten ebenfalls in Untersuchungen, die mit projektiven Verfahren durchgeführt wurden, von Ergebnissen, in denen erhöhte Feindseligkeitsparameter gemessen wurden.

Gieler et al. (1990) fanden in ihrer häufiger schon erwähnten psychisch auffälligen Untergruppe von Neurodermitis-Patienten erhöhte Neurotizismuswerte. Auffällig war in dieser Gruppe auch erhöhte Werte in Richtung einer depressiven Verstimmung.

Es scheint so, daß bei Neurodermitis-Patienten persönliche Aspekte wie unterdrückte Feindseligkeit und Angst sowie auch Depressivität häufig in den Untersuchungen bestätigt wurden, wobei diese Aspekte auch als Krankheitsfolge aufgefaßt werden können.

### Familiäre Aspekte

Einige Untersuchungen beachten besonders die familiären Bedingungen der Neurodermitis-Patienten. Es scheint, daß die familiäre Umwelt in hohem Maße mitverantwortlich für den Krankheitsverlauf ist. Im wesentlichen konzentrieren sich die Untersuchungen auf die Mutter-Kind-Beziehung.

Gieler und Effendy (1984) berichten von einer Störung der Kommunikation zwischen Säugling und Umwelt, ausgelöst durch die Neurodermitis-Hauterkrankung. Demnach kann sich durch die frühe Kommunikationsstörung kein abgegrenztes Körperschema ausbilden und führt damit zu einer Störung der

psychischen Gesamtentwicklung des Kindes mit einer Neigung zum Rückzug auf das Hautorgan.

Auch Rechenberger (1993) sieht ein verändertes Körperbild der Patienten mit Neurodermitis als wesentlich an. Der Neurodermitis-Patient ist nicht in der Lage seine Haut als schützende, begrenzende Hülle zu erleben.

Auch Pürschel (1976) ist der Meinung, daß das hautkranke Kind bezüglich seiner Beziehungen zur Umgebung deutliche Einschränkungen erlebt, die eine langfristige Kontaktstörung zu seiner Umwelt zur Folge hat.

Auffallend war in einer Untersuchung von Ring et al. (1986), daß an Neurodermitis erkrankte Kinder mehr Aggressionen gegenüber den Eltern zeigten und über mehr Trennungseignisse in ihrem bisherigen Leben berichteten. Auch die Mütter in diesen Untersuchungen stellten sich als eher kühl und wenig Emotionen zeigend dar; Anerkennung gegenüber ihren Kindern zeigten sie nur sparsam und im wesentlichen im Bezug zum Leistungsverhalten. Bräutigam et al. (1992) ist der Meinung, daß Mütter von neurodermitischen Kindern sich belastet fühlen durch die hautkranke, äußere Erscheinung ihres Kindes und durch die Erfahrung, daß das Kind offensichtlich körperlichen Kontakt wünscht, es aber nicht annehmen kann. Er geht davon aus, daß die distanzierte Haltung der Mütter im wesentlichen durch das Krankheitsbild des Kindes ausgelöst wird.

Pürschel (1976) weist dagegen daraufhin, daß die Eltern im Umgang mit ihrem hautkranken Kind überprotektiv reagieren und damit das hautkranke Kind in seiner kindlichen Entwicklung hemmen.

Insgesamt scheint die besondere Belastung für das an Neurodermitis erkrankte Kind, wie auch für die anderen Familienmitglieder bei frühem Beginn und chronischem Verlauf der Erkrankung dazu zu führen, daß die Haut als „Abgrenzungsorgan“ in diesen Familien einen besonderen Stellenwert hat und sich daraus komplizierte neurotisierende Interaktionen ergeben können.

### Affektiver Bereich und neurotisches Symptom

Psychosoziale Faktoren in Verbindung mit Gefühlskonflikten haben nach den Untersuchungen von Kuypers (1967) einen deutlichen Einfluß auf den Ausbruch oder die Verschlimmerung der Neurodermitis. Die durch bestimmte Gefühlszustände verursachten Spannungen und deren Lösung gehen in vielen Fällen mit einer Reduzierung der Hautsymptomatik einher. Die Bedeutung der Gefühle und das Erleben von damit zusammenhängenden Konflikten werden von Neurodermitis-Patienten unterschiedlich erlebt. Entscheidend für das Auslösen der Hautreaktionen sei nicht der Konflikt selbst, sondern die dazugehörige emotionale Qualität.

Pürschel (1976) fand bei einer Studie mit 448 Neurodermitis-Kranken 57,5% Probleme im privaten Bereich, wobei Frauen häufiger Schwierigkeiten angaben (76,1%), als Männer (29%). Überforderungssituationen wurden als zentrales Thema bezüglich des Ausbruchs der Neurodermitis gesehen. 187 Patienten (41%) führten die Verschlimmerung auf berufliche Probleme und insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich zurück. Die Reaktionen der Haut im Sinne einer Verschlechterung der Neurodermitis wurden auch angegeben im Zusammenhang mit Prüfungen, Verlobungen und Hochzeit. Entscheidend sind offensichtlich allgemeine Belastungssituationen, wobei die individuellen Toleranzgrenzen nach Pürschel (1976) deutlich niedriger sind als bei Gesunden. Rechart (1970) fand in einer Studie, daß Gefühle wie Abhängigkeit und Hoffnungslosigkeit während Krankheitsschüben verstärkt auftraten, nicht aber auftraten in einem schubfreien Intervall 9 Jahre später. Die psychischen Auffälligkeiten führte er zurück auf die Belastungen durch die Hauterkrankung. Auch nach Auffassung von Bosse (1990) treten Schübe der Neurodermitis in Zusammenhang mit aktuellen Konfliktsituationen auf. Dabei handelt es sich bei diesen Konfliktsituationen um altersentsprechende Schwellensituationen, die zu einer folgenden Verschlechterung des Hautzustandes führen können. Bei Kindern beobachtete er typischerweise Abwesenheit oder Fehlen eines bzw. beider Elternteile, Spannungen in der Ehe der Eltern oder auch familiär, Stellensituationen, Schulwechsel, Umzug, Zeiten der

Berufsfindung, Partnersuche oder z.B. Prüfungen. Auch bei Erwachsenen führten z.B. Hochzeit, zwischenmenschliche Probleme, Tod oder zeitweilige Überlastung zu einer wiederholten Verschlechterung des Hautbildes.

#### Streß im Zusammenhang mit Lebensereignissen

King und Wilson (1991) untersuchten 50 Neurodermitis-Patienten über einen Zeitraum von 14 Tagen. Die in einer anschließenden Meta-Analyse der errechneten Korrelationskoeffizienten ergaben, daß der Hautzustand mit Werten für Angst/Spannung, interpersonellem Streß, Depressivität, Frustration, Gefühl der Aggressivität, ausgedrückter Aggressivität und unterdrückter Aggressivität (in dieser Reihenfolge) zeitsynchrone Kreuzkorrelationen ergaben. Die Autoren konnten zeigen, daß Streß am Vortag mit dem aktuellen Hautzustand korrelierte und der aktuelle Hautzustand zu erhöhtem Streß und zu erhöhten Depressionswerten am nächsten Tag führte.

In einer Pilotstudie von Hünecke et al. (1990) wurden stationäre Neurodermitis-Patienten untersucht. Es wurde versucht bestimmte Ereignisse herauszufinden, die krankheitsauslösend wirkten. Als Ergebnis zeigte sich, daß nachweisbare psychosoziale Ereignisse (Wochenende, Besuche, Entlassungen) signifikant häufig mit Krankheitsverschlechterung verbunden waren. Auch Schubert (1989) konnte bei Zeitreihenuntersuchungen an sechs Neurodermitis-Patienten eine Reihe Kreuzkorrelationen zwischen Streßereignissen und Krankheitsausbruch wie auch zwischen emotionalen Befindlichkeiten und Hautsymptom aufzeigen. Umgekehrt war es jedoch nicht möglich, durch das Auftreten von Streßereignissen oder einer bestimmten Stimmungslage den Hautzustand des nächsten Tages vorherzusagen. Eagle (1990) weist daraufhin, daß allen Lebensereignissen gemeinsam sei, daß sie eine Neuanpassung erforderten, welche hinsichtlich Intensität und Dauer unterschiedlich sei, und diese Unterschiede das Ausmaß der Belastung durch ein Lebensereignis ausmachten. Er weist daraufhin, daß die meisten Korrelationsberechnungen zu ungenau seien, so daß Annahmen über einfach linear kausale Zusammenhänge

zwischen Lebensereignissen und Auftreten der Neurodermitis nicht berechtigt seien (Eagle 1994).

#### 4.2 Stand der Forschung zur Therapieeffektivität

Die Forschung zur Effektivität von Psychotherapie bei Hauterkrankungen, speziell der Neurodermitis, befindet sich weitgehend noch im Anfangsstadium. Bisher sind differentielle Aspekte bei erwachsenen Neurodermitis-Patienten nur eingeschränkt aussagekräftig, bezogen auf prognostisch relevante Indikationskriterien, da die bisherigen Untersuchungen sich meist auf Einzelfälle oder sehr kleine Stichproben beziehen. Insgesamt scheint die klinische Dermatologie psychologische Faktoren und psychotherapeutische Möglichkeiten bisher nicht genügend beachtet zu haben.

So wird eine hohe Therapiemotivation als prognostisch günstig (Schubert 1989), dagegen ein früher Krankheitsbeginn sowie zusätzliche andere atopische Erkrankungen als prognostisch ungünstig beschrieben (Korting et al. 1987).

In einer kontrollierten Therapievergleichsstudie (Niegel 1990) wurde die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer ambulanter Therapieangebote bei 55 an Neurodermitis erkrankten Patienten untersucht. Es wurden zwei Behandlungsbedingungen mit einer Entspannungsgruppe und einer Kontrollgruppe verglichen. Sie fand u.a. eine starke gedankliche Beschäftigung mit der Haut und depressive Zustände am Therapieende als ungünstige Prädiktoren für eine langfristige Verbesserung des Hautbildes.

Bezüglich stationärer Konzepte bei der Neurodermitis gibt es nur vereinzelte Untersuchungen, z.B. aus der Rothaar-Klinik in Bad Berleburg (Löwenberg und Peters 1992 und 1994), in der eine psychotherapeutische Behandlung parallel zur dermatologischen Behandlung durchgeführt wird. Die Autoren stellten eine befriedigende Wirksamkeit der Behandlung dar.

In einer Studie von Senf (1985), Deter (1986) konnte erwiesen werden, daß 60-75 % der dort behandelten, stationär aufgenommenen Patienten in ihrer

Symptomatik deutlich gebessert wurden. Dies stimmt überein mit den Ergebnissen von Lamprecht und Schmied et al. (1991), die die Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungen im stationären Bereich von Rehabilitationskliniken untersuchten.

Auch in einer Studie von Ehlers et al. (1995) konnte eine gute Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren mit Patienten, die an Neurodermitis erkrankt waren, nachgewiesen werden. Es wurden verschiedene Behandlungsmethoden miteinander verglichen. Insgesamt sind relativ wenige Studien veröffentlicht, die zu diesem Thema Stellung nehmen.

Eine weitere Studie wurde im Auftrag vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG-Studie) zur Bewertung therapeutischer Maßnahmen bei Neurodermitis (Bitzer et al. 1997) durchgeführt. In dieser Studie konnte in Zusammenarbeit mit der Gmünder Ersatzkasse nachgewiesen werden, daß u.a. Therapieformen der Psychotherapie aus Sicht der Patienten die positivste längerfristige Wirkung bescheinigt wird.

In einer Metaanalyse (Al-Abesie 2000) „Atopische Dermatitis und Psyche“ wurden verschiedene psychotherapeutische Verfahren untersucht hinsichtlich des Hautzustandes und subjektiver Befindlichkeit. Es zeigte sich, daß die psychotherapeutischen Verfahren deutlich effektiver waren als somatisch-medizinische Standardmaßnahmen. Die in dieser Studie untersuchte „Neurodermitis-Persönlichkeit“ konnte nicht bestätigt werden, jedoch waren die Merkmale „Angst“, „Depression“ und „Neurotizismus“ signifikant erhöht. Es wurden 865 Probanden untersucht, davon 553 erwachsene Neurodermitis-Patienten und 129 -Kinder. Es wurden die Effekte verschiedener kombinierter psychotherapeutischer Interventionen untersucht. Die Hautsymptome besserten sich durch alle Maßnahmen signifikant bei den mit Psychotherapie behandelten Patienten. Ebenso reduzierten sich Medikamentenverbrauch und Kratzfrequenz.

Kaschel (1990) untersuchte verschiedene Methoden und entwickelte ein Trainingsprogramm speziell für Neurodermitis-Patienten, in der psychotherapeutische Aspekte Beachtung fanden.



Positive Affekte werden auch von Klein (1949), Walsh und Kierland (1947), Williams (1951) und Thomä (1980) beschrieben. Da die Hauterkrankung nach psychoanalytischer Theorie durch Störungen in der frühkindlichen Entwicklung verursacht werden können, könnten auch andere psychologische Therapieformen wie Gestalttherapie oder klientenzentrierte Gesprächstherapie (nach Rogers) wirksam sein. Hierzu liegen jedoch noch keine veröffentlichten Ergebnisse bezüglich der Neurodermitis vor.

## 5. Fragestellung

Grundgedanke dieser Untersuchung ist, daß es sich bei der Erkrankung der Neurodermitis neben somatischen besonders auch psychische Faktoren bedeutsam sind. Daraus leitete sich die Annahme ab, daß eine psychotherapeutische Behandlung eine Besserung oder zumindest eine bessere Bewältigung der Erkrankung herbeiführen müßte, wie dies in der Studie von Bitzer et al. (1997) untersucht wurde. Bitzer et al. (1997) konnten in der repräsentativen Erhebung lediglich pauschal die Einschätzung der Therapieeffektivität ableiten. Ziel der hier vorliegenden Studie war es deshalb, in einer kontrollierten Untersuchung mit standardisierten Meßverfahren eine genauere Erhebung durchzuführen, in welchen Bereichen möglicherweise eine bessere Therapieeffektivität durch Psychotherapie zu erfassen ist. Insbesondere sollte untersucht werden, inwieweit die Psychotherapie eine günstige Auswirkung auf den Verlauf der Neurodermitis, hinsichtlich der Bewältigung der Neurodermitis und der Lebenszufriedenheit der untersuchten Patienten hat.

Aus diesem Gedanken wurden verschiedene Annahmen entwickelt (Hypothesenbeschreibung im Zusammenhang mit der Fragestellung).

### 5.1 Ableitung der Fragestellung und Herleitung der Hypothesen

Neurodermitis hat einen beträchtlichen Einfluß auf die Lebensqualität der Patienten. Die Lebenszufriedenheit hat eine zentrale Bedeutung für das Krankheitserleben und das Krankheitsverhalten. Eine Vielzahl von Belastungen mit entsprechenden psychosozialen Folgen stellen eine hohe Anforderung an die Bewältigungsressourcen dar (Cohen und Lazarus 1979). So ist davon auszugehen, daß unterschiedliche Aspekte der Krankheit unterschiedliche Bewältigungsreaktionen zur Folge haben und diese sich wiederum unterscheiden können von den Bewältigungsreaktionen in anderen Belastungssituationen (Beutel 1988). Chronische Hauterkrankungen wie die Neurodermitis können zu gravierenden Einschränkungen des psychischen Befindens führen und sind häufig mit sozialen Problemen verbunden. Nachweislich werden diese belastenden Auswirkungen im Verhältnis zu anderen chronischen

Krankheiten unterschätzt. Dermatologische Erkrankungen wie die Neurodermitis sind durch die Sichtbarkeit der Symptome besonders geeignet, das Selbstbild und auch die sozialen Beziehungen erheblich zu beeinträchtigen. Nicht selten erfahren Hautkranke negative soziale Reaktionen anderer Personen, angefangen von ambivalenter Zurückhaltung über Distanzierung bis hin zu offener Ablehnung (Bosse et al. 1976). Auch gelegentliche Ängste vor Ansteckung erschweren soziale Kontakte (Hornstein et al. 1973). Die Erwartung von Ablehnung und Vermeidung z.B. in der Öffentlichkeit, führt zu einer durchgängigen Bewältigungsstrategie von Vermeidung, die wiederum jedoch zu einer Generalisierung und Verstärkung der Symptomatik führt (Liebowitz et al. 1985). Es ist anzunehmen, daß eine psychotherapeutische Begleitung für die Krankheitsbewältigung der Patienten hilfreich sein könnte (Hypothese 1).

Im Zusammenhang mit einer begleitenden Psychotherapie und der besseren Bewältigung der chronischen Hauterkrankung mit den damit verbundenen persönlichen und sozialen Einschränkungen ist anzunehmen, daß die Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, mit ihrem Leben bezüglich ihres privaten, beruflichen und sozialen Umfeldes eine größere Zufriedenheit angeben (Hypothese 2).

Ein Hauptsymptom der Neurodermitis ist der Juckreiz. Der intensive Juckreiz stellt eine starke Einschränkung des Wohlbefindens dar. Da der Juckreiz leicht durch äußere und innere Reize, wie Wärme, Trockenheit der Haut oder die bloße Vorstellung solcher Empfindungen (Stüttgen 1981) auslösbar ist, stellt er ein besonders belastendes Symptom dar. Ebenso kann die Juckreizschwelle durch „Streß“ verringert werden (Cormia 1952, Graham und Wolf 1950). Der Kratzimpuls auf Juckreiz ist ein spinaler, von kortikalen Strukturen hemmbarer Reflex (Stüttgen 1981). Durch das Kratzen werden Schmerzrezeptoren gereizt. Vorübergehend vermindert dies die Juckreizempfindung, einhergehend mit einem Gefühl der Erleichterung. Mit Verzögerung erniedrigt sich die Juckreizschwelle, damit kommt es zum verstärkten Juckempfinden und schließlich

zu verstärktem Kratzen. Wenn die Haut endlich wund ist, juckt sie fast nicht mehr (Münzel 1988). Schmerz wird dem Juckreiz vorgezogen. Durch diesen ständig sich aufschaukelnden Kreislauf entstehen neue Hautschäden, es kommt zu einer Chronifizierung der Neurodermitis mit den bekannten Symptomen der Verdickung der befallenen Epidermis und einer Vergröberung des Hautreliefs. Es konnte gezeigt werden (Jordan und Whitlock 1972), daß bereits geringe diffuse Anspannung oder Mißempfindung Kratzen auslösen kann. Nach Bosse und Hünecke (1981) stellen die Hilflosigkeit angesichts dieses Teufelskreislaufs und Schuldgefühle, in der Selbstkontrolle versagt zu haben, eine weitere psychische Belastung für die Patienten dar, was wiederum den Juckreiz-Kratzzirkel aufrecht erhalten kann. Auch die immer wiederkehrende Abfolge von Rezidiven und Erscheinungsfreiheit geht häufig einher mit Gefühlen der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins und mit ängstlich-depressiven Verstimmungen (Stangier et al. 1992). Die Belastungen durch den ständigen Juckreiz werden ebenfalls häufig unterschätzt. Schlafmangel und Verringerung der Konzentrationsfähigkeit während der Krankheitsschübe sind häufige Symptome (Hofmann et al. 1989).

Dies führt zu der Annahme, daß eine psychotherapeutische Behandlung die subjektive Beeinträchtigung bezüglich des Kratzens verringern müßte (Hypothese 3).

Durch die krankheitsbedingte Angewohnheit wie ständiges Kratzen oder die erlebte Einschränkung der Attraktivität, sei es hinsichtlich der grundsätzlich erhöhten Reizbarkeit der Neurodermitis-Erkrankten, kommt es zu einer Zunahme negativer Aspekte in der Kommunikation (Wenninger et al. 1991), und diese wiederum führen zu weiteren ungelösten Problemen in den sozialen Beziehungen. Die dadurch vermehrte Anspannung und Aggressivität entlädt sich wieder durch Kratzen und trägt zu einer weiteren Verschlechterung des Kratzzustandes bei. Die Psychotherapie könnte hier in emotionaler Hinsicht zu einer Entlastung führen und gleichzeitig durch eine veränderte Kommunikation zur Besserung in sozialen Beziehungen führen (Hypothese 4).

Davon ausgehend, daß eine Psychotherapie einen Zuwachs an emotionaler Stabilität und genereller besserer Lebensbewältigung ermöglichen sollte, so erfolgte daraus die Annahme, daß die Somatisierungstendenz reduziert sein würde (Hypothese 5).

Im Zusammenhang mit der Zunahme von negativen Aspekten in der gewöhnlichen Kommunikation im Laufe der chronischen Erkrankung der Neurodermitis müßten diese auch weiter zu ungelösten Problemen wie z.B. in Partnerschaften und Ehe bezüglich der Sexualität führen. Eine mögliche emotionale Entlastung, die durch eine Psychotherapie erreicht werden könnte, führte zu der Annahme, daß psychotherapeutisch behandelte Patienten eine größere Zufriedenheit in der Sexualität angeben als ausschließlich somatisch behandelte Patienten (Kontrollgruppe) (Hypothese 6).

Die Möglichkeit, eine psychische Entlastung in der Psychotherapie zu erfahren, führte zu der Annahme, daß diese Patienten weniger Arztbesuche, Krankenschreibungen und stationäre Therapien in Anspruch nehmen, sowie auch weniger Medikamenteneinnahmen erforderlich seien als in der Kontrollgruppe mit ausschließlich somatischer Behandlung (Hypothese 7).

Hautkrankheiten, die nach tiefenpsychologischen Theorien durch Störungen in der frühkindlichen Persönlichkeitsentwicklung mitverursacht sein könnten und positive Effekte der Psychotherapie bei Neurodermitis, die von Klein (1949), Walsh und Kierland (1947), Williams (1951) und Thomä (1980) berichtet worden sind, führte zu der Annahme, daß Patienten mit Psychotherapie zufriedener mit der Behandlung sind als die Kontrollgruppe (Hypothese 8).

## **6. Hypothesen**

1. Patienten nach Psychotherapiebehandlung fühlen sich subjektiv, hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit, bezogen auf Freunde, Bekannte, Ehe und Partnerschaft sowie sozialer Ängste wohler, als eine parallelisierte Kontrollgruppe ohne Psychotherapie.
2. Die Zufriedenheit bezüglich des Erlebens und des Verhaltens ist bei Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, größer als bei der Kontrollgruppe.
3. Die subjektive Beeinträchtigung bezüglich der Neurodermitis und die Stärke des Kratzens ist bei Patienten mit Psychotherapie geringer.
4. Neurodermitits-Patienten mit Psychotherapie unterscheiden sich von der Kontrollgruppe, indem sie weniger Juckreiz-Kratzprobleme angeben.
5. Der Schweregrad der Neurodermitis ist in der Gruppe mit Psychotherapie nach Behandlung geringer als in der Kontrollgruppe ohne psychotherapeutische Behandlung.
6. Die Patienten mit zusätzlicher Psychotherapie geben größere Zufriedenheit in der Sexualität an als Patienten mit ausschließlich dermatologischer Therapie.
7. Patienten mit Psychotherapie geben weniger Arztbesuche, weniger Krankenschreibungen und weniger stationäre Therapien an und nehmen weniger Medikamente als die Kontrollgruppe.
8. Die Zufriedenheit mit der durchgeführten Behandlung ist bei Patienten mit Psychotherapie besser als in der Kontrollgruppe.

## 7. Methoden

### 7.1 Operationalisierung der Fragestellung und Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

#### 7.1.1 Fragebogen zur sozialen Situation

Dieser Fragebogen umfaßt sieben Fragen, die das Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit, Berufsgruppe, Schulbildung und Familienstand der untersuchten Patienten erfragen. Dieser Fragebogen wurde erstellt im Rahmen des Projektes „Therapie und Rückfallprophylaxe des endogenen Ekzems“, gefördert vom Bundesministerium für Forschung und Technologie unter der Leitung von Prof. A. Ehlers und Prof. U. Gieler (Projekt Nr.: FKZ 07001630, 1991). (s. Anhang)

#### 7.1.2 Fragebogen zur Qualität der Behandlung (ZUF, Schmidt et al. 1989).

Verwendet wurde die Kurzform (ZUF 8) mit 8-Zufriedenheits-Items, die zu einem Gesamtskalenwert verrechnet werden. Beim ZUF-8 handelt es sich um die deutschsprachige Adaption des amerikanischen CSQ-8-Fragebogens (Client satisfaction questionnaire) von Attkisson und Zwick 1982. Mit dem ZUF-8 soll die generelle Zufriedenheit mit der Behandlung erfaßt werden (Global-Zufriedenheit mit der Behandlung). Die Skala wurde empirisch als eindimensionales Maß konstruiert. Attkisson u. Zwick (1982, Seite 233) bezeichnen den CSQ-8 als „a brief global measure of client-satisfaction“.

Die 8 Items sind als Fragen formuliert und haben jeweils 4 vorgegebene Antwortmöglichkeiten ohne eine „neutrale“ Position. Die Antworten werden jeweils mit 1-4 verrechnet (1 = ungünstigste Ausprägung; 4 = positivste Ausprägung). Die Itemwerte werden zu einem Gesamt-Score summiert. Entscheidendes Merkmal der Zufriedenheitsforschung besteht darin, daß die Patienten explizit aufgefordert werden, „erhaltene Behandlungen“ zu bewerten. Durch die Entwicklung des amerikanischen CSQ-Fragebogens - Original für den ambulanten Mental-health-Bereich konzipiert - sollte ein effizientes Zufriedenheits-Maß bereitgestellt werden, welches sich z.B. leicht mit

den Patienten- und Behandlungsmerkmalen in Beziehung setzen läßt. Die Forschungsbemühungen zielten u.a.

- 1.) auf die Konstruktion und Erfassung einer einfachen Klienten-Zufriedenheits-Skala, welche stabile psychometrische Eigenschaften besitzt,
- 2.) auf die Identifizierung von Beziehungen zwischen Klientenzufriedenheit und outcomes-Maßen und
- 3.) auf die Identifizierung von wichtigen Variablen, die bei jedem Versuch, die Skala zu standardisieren, kontrolliert werden müssen.

### 7.1.3 Anamnesebogen Neurodermitis

Dieser Fragebogen erfaßt das erste Auftreten der Neurodermitis, die medikamentöse Behandlung sowie die Behandlung durch Psychotherapie, Entspannungsverfahren und Selbsthilfegruppen. Weiter werden abgefragt die Häufigkeit der stationären Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate, sowie die Häufigkeit von Verordnungen und Arztbesuchen pro Monat. Ebenso wird abgefragt, ob andere Hauterkrankungen in der Familie aufgetreten seien sowie andere chronische Erkrankungen. Die Patienten konnten die Fragen entweder mit Ja oder Nein beantworten.

Im Teil C) wurden Basissymptome abgefragt wie Juckreiz, ekzematöse Veränderungen der Haut an Ellenbogen, Kniekehlen, Hals etc., chronischer Verlauf (mind. 4 Wochen), positive Familienanamnese (Allergien, Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis in der Familie etc.). Hier konnten die Patienten das jeweils Zutreffende ankreuzen. Dieser Fragebogen wurde ebenfalls im Rahmen des Projektes des Bundesministeriums für Forschung und Technologie unter Leitung von Prof. A. Ehlers und Prof. U. Gieler entwickelt (Projekt Nr.: FKZ 0701630, 1991). (s. Anhang)

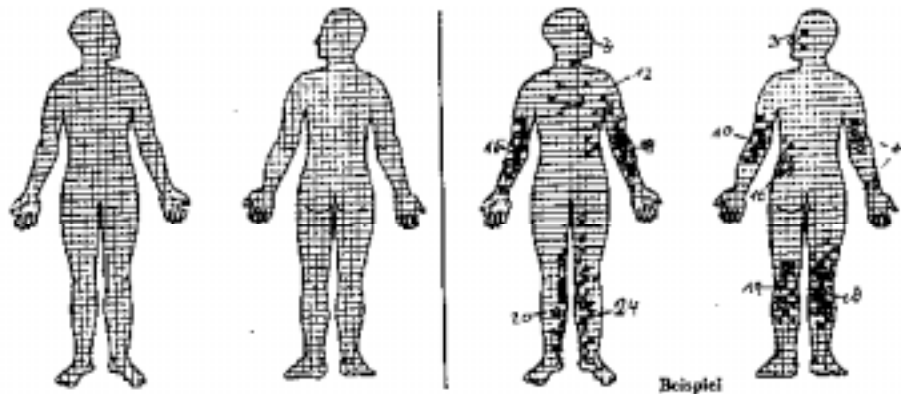
### 7.1.4 Schweregraderfassung der Neurodermitis/ Schweregrad-Index

Als Maß für die Veränderung der Hautsymptomatik wurde das Ausmaß des Befalls, als auch der Grad der Schädigung nach dermatologischer Einschätzung erfaßt und in das Körperschema (siehe Abbildung) eingetragen.



Auch dieser Fragebogen entstammt dem BMFT-Projekt vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (Projekt Nr.: FKZ 0701630, 1991). (s. Anhang)

Abb. 2 Körperschema:



Zur Auswertung wurde der Schweregrad-Index berechnet: Schweregrad-Index  
Der Schweregrad-Index (schwer) wurde gebildet aus der Einschätzung von Erythem, Exkorationen und Trockenheit.

Die auf den Skalen von 0 = keine bis 3 = starke Ausprägung eingeschätzten Angaben wurden zum Gesamtindex aufsummiert. Ausbreitung und Intensität gehen mit 60% bzw. 40% in die Berechnung ein. Ein Gesamtindex-Wert von 100 bedeutet einen Befall des gesamten Körpers mit maximaler Ausprägung der Schädigung.

**Schweregrad** (Der Schweregrad wurde nur in % erhoben!) = %-Befall:  $\cdot 0.6$  + (% Ausprägung von Erythem + Exkoration + Trockenheit)  $\cdot 0.4$ .

%-Befall = Anzahl der befallenen Kästchen im Körperschema / 1044. Maximal 1044 Kästchen, entspricht 100%.

%-Ausprägung = Ausprägung von Erythem: 0 - 3 Punkte. Exkoration 0 - 3 Punkte. Trockenheit: 0 - 3 Punkte.

Maximal zusammen 9 Punkte, entspricht 100%.

**Beispiel:** 174 Kästchen befallen:

Erythem: 2 Punkte, Trockenheit: 3 Punkte, Exkoration: 1 Punkt.

**Schweregrad** =  $174 / 1044 \%$ ,

$*0,6 + (2+1+3) 9 \%, *0,4 = 17 *0,6 + 67 *0,4 = 37$

#### 7.1.5 Fragebogen zum Verlauf der Neurodermitis

Hier wurde abgefragt, ob seit der Behandlung eine stationäre Behandlung erforderlich war, wie hoch die Häufigkeit der Krankmeldungen war und ob die Patienten an der Behandlung von autogenem Training teilgenommen hatten. Hier war jeweils die Möglichkeit mit Ja oder Nein zu antworten. Auch dieser Fragebogen wurde im BMFT-Projekt, geleitet von Prof. A. Ehlers und Prof. U. Gieler, übernommen. (Projekt Nr. FKZ 0701630) (s. Anhang)

#### 7.1.6 Fragebogen zum Juckreiz und Kratzen der Neurodermitis

Hier wurde die Juckreizstärke, die Kratzhäufigkeit sowie die subjektive Beeinträchtigung durch die Neurodermitis direkt abgefragt. Der Juckreiz wurde gemessen von 0 = kein bis 10 = unerträglicher Juckreiz abgefragt.

Die Kratzstärke wurde abgefragt von 0 = kein bis 10 = stark beantwortet. Die subjektive Beeinträchtigung durch die Neurodermitis wurde gemessen von 0 = gar nicht bis 4 = sehr stark. Diese Variablen wurden direkt durch Ankreuzen erhoben. Dieser Fragebogen entstammt ebenfalls dem BMFT-Projekt und wurde unverändert übernommen. (s. Anhang)

### 7.1.7 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV):

Der VEV (Zielke u. Kopf-Mehnert 1978) erfaßt einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/ Gelassenheit/ Optimismus versus Spannung/ Unsicherheit/ Pessimismus; er ermöglicht eine Kontrolle der Wirksamkeit psychologisch-therapeutischer Interventionen.

Im Sinne der subjektivistischen Methode der Veränderungserfassung nach Bereiter (1963) sollen die Patienten Veränderungen durch eine retrospektive Befragung einschätzen. Er erfaßt qualitativ stabile Merkmale. Die Items sind in Höhe ihrer Ladungszahlen getrennt für positive und negative Ladung aufgeführt. Die so gewonnene Veränderungsskala ist bipolar. Eine Veränderung z.B. in positiver Richtung scheint also gleichbedeutend zu sein mit größerer Ruhe und Sicherheit, der Abnahme innerer Spannungen und mehr Selbstsicherheit. Der negative Pol der Skala entspricht z.B. Spannung, Unsicherheit und Pessimismus im Erleben und Verhalten. Wie Untersuchungen zeigen, eignet sich der Fragebogen nicht nur zur Messung der unmittelbaren Therapieeffekte, sondern auch zur Erhebung von Langzeiteffekten, um die Stabilität möglicher Änderung zu kontrollieren (Zielke 1978 c). Vergleichende Untersuchungen von Grave (1976) und Block (1964) über die differentiellen Effekte von Gesprächspsychotherapien unterstützen die Verwendung des VEV zu Vergleichszwecken. Die Validitätskriterien sind ausreichend.

### 7.1.8 Marburger Fragebogen zur Verarbeitung von Hauterkrankungen (MHF)

Der MHF (dieser Fragebogen wurde entwickelt als standardisiertes Meßinstrument) (Stangier et al. 1997) und in zahlreichen klinischen Studien erprobt. In einer Vergleichsstudie von M. Augustin et al. (1999) konnte gezeigt werden, daß der MHF besonders geeignet erscheint Lebensqualität, im Hinblick auf Krankheitsbewältigung, speziell bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen zu untersuchen.

Dieser Fragebogen umfaßt sowohl emotionale als auch kognitive Verhaltensaspekte der Krankheitsbewältigung von Neurodermitis-Patienten (Stangier et al. 1997). Die in der Testkonstruktion enthaltenen Fragen umfassen sechs Bereiche, die faktorenanalytisch gewonnen werden konnten. Die abgeleiteten Skalen beschreiben inhaltlich voneinander abgrenzbare, psychologisch-relevante Aspekte, die im folgenden kurz erläutert werden sollen.

Skala 1:      *Soziale Ängste*

In dieser Skala wurde u.a. auf subjektive Erwartungen negativer sozialer Reaktionen der Umwelt auf die sichtbaren Hauterscheinungen, Vermeidung visueller Exposition und Erleben von Attraktivitätsverlust hingewiesen.

Beispiel-Item: „Meine Haut hindert mich daran, von mir aus Kontakt mit unbekannten Menschen aufzunehmen“.

Skala 2:      *Juckreiz-Kratz-Zirkel*

In dieser Skala wurden emotionale Belastungen durch die subjektive Unkontrollierbarkeit von Juckreiz und ungünstige Kognitionen bezüglich Juckreiz thematisiert.

Beispiel-Item: „Es kostet mich viel Energie, mich zusammenzureißen, um mich nicht zu kratzen“.

Skala 3:      *Hilflosigkeit*

Diese Skala bezieht sich auf die Einschränkung der emotionsbezogenen Krankheitsbewältigung. Erleben von Kontrollverlust bezüglich des Krankheitsverlaufs und hypochondrische Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den Hautzustand.

Beispiel-Item: „Ich habe Angst, daß sich meine Hauterkrankung immer mehr verschlimmert“.

Skala 4      *Ängstlich-depressive Stimmung*

Diese Skala umfaßt die Störung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit durch emotionale Symptome, die auf eine Anpassungsstörung hinweisen.

Beispiel-Item: „Ich fühle mich nervös“.

Skala 5:      *Einschränkung der Lebensqualität.*

Diese Skala enthält Angaben zu krankheitsbedingten Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen wie: Beruf, Familie, Ernährung, finanzielle und soziale Belastungen.

Beispiel-Item: „Wegen meiner Hauterkrankung kann ich bestimmte Berufe nicht ausüben“.

Skala 6:      *Informationssuche*

Der Marburger Hautfragebogen (MHF) weist sehr gute Merkmale in mehreren Skalen auf, die Teilbereiche der Lebensqualität wiedergeben. Hierbei wird die Lebensqualität hinsichtlich dem Gesichtspunkt der Krankheitsbewältigung gemessen.

Beispiel-Item: „Ich achte zu wenig auf meine Ernährung“.

In dieser Skala werden die an Problemlösung orientierten Bewältigungsversuche wie Information, Hautpflege, Ernährung, Umgang mit Juckreiz und Kratzen angesprochen. Der MHF besteht in seiner endgültigen Fassung aus 51 Items. Durch eine 5-fach abgestufte Skala (überhaupt nicht/ kaum/ ziemlich/ stark/ sehr stark zutreffend) kann das Ausmaß der Äußerung vom Patienten angegeben werden.

Der MHF weist sehr gute Merkmale in mehreren Skalen auf, die Teilbereiche der Lebensqualität wiedergeben. Hierbei wird die Lebensqualität hinsichtlich dem Gesichtspunkt der Krankheitsbewältigung gemessen. Die inneren Konsistenzen für die Skalen sind zufriedenstellend und sprechen für eine ausreichende Reliabilität. Die Beziehung der Korrelationen zu den Außenkriterien belegen die Validität der ermittelten Skalen. In der klinischen Praxis stellt der

Fragebogen (MHF) eine wichtige Informationsquelle zur Abklärung individueller Problembereiche und Entscheidungsfindung im Hinblick auf Behandlungsmaßnahmen zur begleitenden Therapieevaluation dar (Instruktion, Auswertung und Normen, s. Stangier et al. 1997). (s. Anhang)

#### 7.1.9 Life-event-Fragebogen

Eine wichtige Rolle bei der Entstehung vieler Krankheiten spielen streßerzeugende, lebensverändernde Ereignisse, die über pathophysiologische Geschehnisse wirksam sind (Holmes und Rahe 1967). Im Life-event-Fragebogen gibt es zwei Kategorien von Items. Solche, die sich auf den Lebensstil des Individuums beziehen und solche, die Vorkommnisse, von denen eine Person betroffen ist, bezeichnen. Alle abgefragten Ereignisse beziehen sich zum Großteil aus gewöhnlichen und außergewöhnlichen sozialen und zwischenmenschlichen Ereignissen und gehören zu dem bedeutsamen Bereich der allgemeinen Lebensrealität. Dabei ist zu bemerken, daß nicht nur einige Ereignisse negativ streßerzeugend sind, d.h. unerwünscht, sondern es werden auch sozial erwünschte Ereignisse abgefragt im Sinne von z.B. Materialismus, Zukunftsorientierung, Erfolg etc.. Eines ist jedoch den lebensverändernden Ereignissen gemeinsam, sie erfordern vom Individuum eine gewissen Anpassungs- und Bewältigungsleistung, wobei die Betonung hierbei auf der Änderung eines vorhandenen Gleichgewichts liegt, weniger auf der Bedeutung von Gefühlen oder sozialer Erwünschtheit der Ereignisse. Die Methode zur quantitativen Einschätzung der Items wurde in der Psychophysik entwickelt, einer Forschungsrichtung, in der die Sinneswahrnehmung von Qualität, Quantität, Größe und Intensität physischer Phänomene untersucht wird. Dabei wird die subjektive Einschätzung des Beobachters mit der tatsächlichen physischen Dimension des Wahrgenommenen verglichen. So erhält man ein verlässliches Maß für die Fähigkeit, bestimmte Erfahrungen zu quantifizieren. Diese grundsätzliche psychologische Fähigkeit kann genauso zur Beurteilung psychophysischer Phänomene wie auch zur quantitativen Einschätzung psychosozialer Phänomene benutzt werden.

Der Fragebogen enthält 43 Items, die mit: *Ereignis eingetreten?: Nein/ Ja* beantwortet werden können, sowie auch der Zeitpunkt des eingetretenen Ereignis angegeben werden kann. (s. Anhang)

#### 7.1.10 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Dieser Fragebogen (Fahrenberg et al. 1986; Brähler et al. 1995) fragt bezüglich der Bedingungen der Lebenszufriedenheit /bzw. Unzufriedenheit. Er umfaßt jeweils 7 Items zur *Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern*, Fragen zur *eigenen Person*, zur *Sexualität, Freunde, Bekannte und Verwandte* und bezüglich der *Wohnung* (FLZ enthält 10 Blocks mit jeweils 7 Items). Durch eine 7-fach abgestufte Skala (sehr zufrieden/ zufrieden/ eher unzufrieden/ weder zufrieden noch unzufrieden/ eher unzufrieden/ unzufrieden/ sehr unzufrieden) kann der Patient das Ausmaß seiner Zufriedenheit angeben.

Die 10 Skalen des FLZ zur Lebenszufriedenheit umfassen:

1. Skala des Bereichs *Gesundheit*
2. Skala des Bereichs *Arbeit und Beruf*
3. Skala des Bereichs *Finanzielle Situation*
4. Skala des Bereichs *Freizeit*
5. Skala des Bereichs *Ehe und Partnerschaft (soweit vorhanden)*
6. Skala des Bereichs *Kinder* (falls zutreffend)
7. Skala des Bereichs *Eigene Person*
8. Skala des Bereichs *Sexualität*
9. Skala des Bereichs *Familienverhältnisse* - (Freunde, Bekannte, Verwandte)
10. Skala des Bereichs *Wohnverhältnisse*.

Die Itemanalysen der 10 Skalen ergeben befriedigende Schwierigkeitsindizes, bemerkenswert hohe, ausnahmslos signifikante Trennschärfeindizes und entsprechend hohe Konsistenzkoeffizienten.

Die Prägnanz der Skalen wird durch die Faktorenanalyse bestätigt.

Die verschiedenen Verfahren zur Erfassung der Lebenszufriedenheit stimmen gut überein. Die Selbsteinstufungen der Bereiche und die in jeweils sieben Aspekte gegliederten Skalen der Bereiche sind methodisch sehr ähnlich. Unter testmethodischen Gesichtspunkten sind die Skalen der zehn Bereiche den anderen Verfahren vorzuziehen, denn sie ermöglichen eine bessere intraindividuelle und hohe Skalenkonsistenz sowie eine gute Reproduzierbarkeit der Ladungsmuster, so daß es keinen Anlaß zu Revisionen gibt (Fahrenberg et al. 1986, ergänzt durch Brähler et al. 1995).

## 7.2 Stichproben und Untersuchungsgang

### 7.2.1 Erhebung der Stichprobe

In die Untersuchung aufgenommen wurden Patienten, die von niedergelassenen tiefenpsychologisch arbeitenden Psychotherapeuten und Dermatologen aus der Region Hessen sowie der Dermatologischen Ambulanz der Universitäts-Hautklinik Gießen gesehen wurden. Die Fragebogen wurden den Patienten vom jeweiligen Behandler mit einem Begleitschreiben übergeben. Die Patienten füllten die Fragebögen aus und sandten sie anonym an die Psychosomatische Universitätsklinik Gießen zurück. Insgesamt wurden 43 Patienten untersucht, die an einer vom dermatologischen Facharzt diagnostizierten Neurodermitis (nach Hanifin u. Rajka 1980) erkrankt waren. Die erste Gruppe umfaßte 5 männliche Patienten und 18 weibliche Patienten. Das Durchschnittsalter betrug 30-35 Jahre. Diese Gruppe wurde dermatologisch sowie auch psychotherapeutisch behandelt. Die psychotherapeutische Behandlung umfaßte mehr als fünf Einzelsitzungen, die von niedergelassenen Psychotherapeuten durchgeführt wurden und zum Untersuchungszeitpunkt mindestens ein Jahr abgeschlossen war.

Die Kontrollgruppe umfaßte 20 Patienten; 6 männliche und 14 weibliche Probanden. Auch in dieser Gruppe war das Durchschnittsalter 30-35 Jahre. Diese Gruppe wurde ausschließlich dermatologisch-somatisch behandelt und erhielt keine psychotherapeutische Behandlung.



### 7.2.2 Ablauf der Untersuchung:

Niedergelassenen Psychotherapeuten und Hautärzten aus dem Raum Hessen wurden die Fragebögen mit Rückantwortumschlägen einschließlich des Anschreibens (siehe Anhang) zugestellt mit der Bitte, diese an Neurodermitis erkrankte Patienten auszuhändigen. Die so ausgewählten Probanden sandten die ausgefüllten Fragebögen anonym zur Auswertung an die Psychosomatische Universitätsklinik Gießen zurück. Auf diese Weise sollte die Anonymität der Patienten gesichert und der Datenschutz gewahrt bleiben.

### 7.2.3 Behandlung mit Psychotherapie

Die Patienten dieser Gruppe erhielten ambulant von niedergelassenen tiefenpsychologischen Psychotherapeuten eine Einzelbehandlung, die mehr als fünf Stunden umfaßte. Zusätzlich wurde die notwendige dermatologisch-somatische Behandlung durchgeführt.

### 7.2.4 Behandlung ausschließlich dermatologisch

Die Patienten dieser Gruppe wurden ausschl. dermatologisch somatisch von niedergelassenen Dermatologen behandelt. Die Behandlung umfaßte die Applikation von Salben mit und ohne Cortison, UV-Behandlung sowie auch Cortison intern.

## 7.3 Statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung wurde das Hochschulrechenzentrum Gießen vom Institut für Medizinische Psychologie der Justus Liebig Universität Gießen<sup>1</sup> herangezogen. Es wurde das SPSSX-Programm-Packet 4.1 (Schubö, Uhlinger 1991) angewendet. Die verwendeten statistischen Verfahren beinhalten Korrelationskoeffizientenberechnung sowie CHI 2-Tests. Zwischengruppenvergleiche wurden unter Anwendung des t-Tests vorgenommen. Unterschiede

---

<sup>1</sup> Für die Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung und der statistischen Auswertung danke ich Herrn Dr. Diplom-Psychologen J.Kupfer

innerhalb von und zwischen Gruppen wurde mittels Varianzanalysen auf statistische Signifikanz geprüft.

## 8. Ergebnisse

Im folgenden Ergebnisteil werden die statistisch ausgewerteten Untersuchungsergebnisse der einzelnen Fragebögen (7.1.1 - 7.1.10) erläutert.

PT Gruppe = Gruppe mit Psychotherapiebehandlung  
 KG o. PT = Kontrollgruppe ohne Psychotherapiebehandlung  
 n = Anzahl  
 $\bar{x}$  = Mittelwert  
 SD = Standardabweichung  
 FG = Freiheitsgrade  
 p = Signifikanz  
Signifikanzniveaus:  
 $p > 0,10$  nicht signifikant = n.s.  
 $p < 0,10$  nicht signifikant = Trend  
 $p < 0,05$  signifikant = s  
 $p < 0,01$  hoch signifikant = ss

### 8.1.1 Fragebogen zur Sozialen Situation

Die Auswertung des Fragebogens zur sozialen Situation der Patienten ergab bezüglich des Alters, der Berufstätigkeit, der Berufsgruppe, der Schulbildung sowie zum Familienstand keine signifikanten Unterschiede. Lediglich hinsichtlich des Schulabschlusses ergab sich, daß die Gruppe mit psychotherapeutischer Behandlung in einem sehr diskreten Ausmaß häufiger einen Gymnasialabschluß hatte. Die Gruppe mit Psychotherapiebehandlung war im Durchschnitt 35,2 Jahre und die Kontrollgruppe 31,9 Jahre alt

Tab. 1 Alter der untersuchten Patienten

	n = 43 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	35,2	9,3
KG o. PT	20	31,9	10,0

### 8.1.2 Fragebogen zur Qualität der Behandlung (ZUF)

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Qualität der Behandlung schien die Gruppe mit psychotherapeutischer Versorgung tendenziell zufriedener (10%-Trend).

Tab. 2 Zufriedenheit mit der Behandlung

	n = 43 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	23,3	2,8
KG o. PT	20	21,8	2,9

$$t (FG = 41) = 1,85; p = 0,072$$

### 8.1.3 Anamnesebogen (Neurodermitis)

Die erhobenen Daten im Anamnesebogen bezüglich des ersten Auftretens der Neurodermitis ergaben keine Unterschiede zur Kontrollgruppe.

Im Durchschnitt gab die Psychotherapiegruppe die Erstmanifestation der Erkrankung mit 12,6 Jahren an (Mittelwert in Monaten 151,78) und die Kontrollgruppe gab an, mit 13,5 Jahren (Mittelwert in Monaten 158,75) erstmalig erkrankt zu sein. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Tab. 3 Erstmanifestation

	= $\bar{x}$ (in Monaten)	Jahre	SD
PT-Gruppe	151,78	12,6	166,7
KG o. PT	158,75	13,5	150,6

$$t (FG = 41) = -14; p = 0,887$$

Bezüglich der Erscheinungsfreiheit gibt die Gruppe mit psychotherapeutischer Behandlung auf dem 5%-Niveau signifikant mehr erscheinungsfreier Zeiten der Neurodermitis nach Beendigung der Behandlung an als die Kontrollgruppe.

Tab. 4 Erscheinungsfreiheit

n = 31 (gesamt)	Ja n = 26	nein n = 5
PT-Gruppe n = 16	16	0
KG o. PT n = 15	10	5

**$\chi^2$  (FG = 1) = 6,36; p = 0,012**

Bezüglich der Anwendung von Cortison äußerlich und in den Mengen ergaben sich keine Unterschiede zwischen der Psychotherapiegruppe und der Kontrollgruppe.

Tab. 5 Cortison (äußerlich)

n = 41 (gesamt)	Ja n = 38	nein n = 3
PT-Gruppe n = 21	20	1
KG o. PT n = 20	18	2

**$\chi^2$  (FG = 1) = 0,41; p = 0,519**

In der Verwendung von homöopathischen Medikamenten zeigte die Psychotherapiegruppe einen etwas höheren Verbrauch, während in der Kontroll-

gruppe (n = 20) lediglich 2 Patienten homöopathische Medikamente einnahmen, beantworteten in der Psychotherapiegruppe (n = 23) 10 Patienten mit Ja.

Tab. 6 Homöopathische Medikamente

n = 43 (gesamt)	Ja n = 12	nein n = 31
PT-Gruppe n = 23	10	13
KG o. PT n = 20	2	18

$$\chi^2 (\text{FG} = 1) = 5,96; p = 0,015$$

Im Cortisonverbrauch (systemisch) innerhalb der letzten 14 Tage zum Zeitpunkt der Untersuchung ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Es wurden in jeder Gruppe nur von einem einzelnen Patienten die Einnahme angegeben. Dies gilt ebenso für die Verwendung von Immunsuppressiva innerhalb von 14 Tagen zum Untersuchungszeitpunkt.

Bezüglich der UV-Bestrahlung als Behandlungsform ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

In den erhobenen Daten bezüglich der UV-Bestrahlung zum Untersuchungszeitpunkt gab die Kontrollgruppe eine häufigere Verwendung auf dem 5% Niveau an.

Tab. 7 UV-Bestrahlung

n = 43 (gesamt)	ja n = 11	nein n = 32
PT-Gruppe n = 23	3	20
KG o. PT n = 20	8	12

$$\text{Chi}^2 (\text{FG} = 1) = 4,08; \text{ p} = 0,043$$

Die Anwendung von Gamma-Linolensäure wurde von der Psychotherapiegruppe sowie der Kontrollgruppe ohne Unterschied beantwortet.

In der Frage nach autogenem Training beantworteten in der Psychotherapiegruppe (n = 23) deutlich mehr Patienten die Frage mit Ja (n = 12). In der Kontrollgruppe (n = 20) beantworteten 2 Patienten mit Ja. Hier liegt eine Signifikanz auf dem 1%-Niveau vor.

Tab. 8 Autogenes Training

n = 43 (gesamt)	ja n = 14	nein n = 29
PT-Gruppe n = 23	12	11
KG o. PT n = 20	2	18

$$\text{Chi}^2 (\text{FG} = 1) = 8,67; \text{ p} = 0,003$$

In der Frage nach anderen Entspannungsmethoden beantwortete die Gruppe mit Psychotherapiebehandlung häufiger mit Ja.

Tab. 9 Andere Entspannungsmethoden

n = 43 (gesamt)	ja n = 8	nein n = 35
PT-Gruppe n = 23	7	16
KG o. PT n = 20	1	19

$$\text{Chi}^2 (\text{FG} = 1) = 4,57; \text{ p} = 0,033$$

Zu der Frage nach dem Besuch von Selbsthilfegruppen ergaben sich zwischen der Psychotherapiegruppe und der Kontrollgruppe keine Unterschiede.

Bezüglich des Abfragens von chronischen Erkrankungen in der Familie zeigten die Psychotherapie-Patienten:

Die mit Psychotherapie behandelte Gruppe ( n = 23) beantwortete signifikant häufiger auf dem 5% Niveau die Frage nach chronischen Krankheiten in der Familie mit Ja (n = 13). In der Kontrollgruppe (n = 20) lediglich vier Patienten (n = 4).

Tab. 10 Chronische Erkrankung

n = 43 (gesamt)	ja n = 17	nein n = 26
PT-Gruppe n = 23	13	10
KG o. PT n = 20	4	16

$$\text{CHi}^2 (\text{FG} = 1) = 5,97; \text{ p} = 0,015$$

Die ausgewerteten Daten bezüglich der ärztlichen Verordnungen (abgefragt wurde pro Jahr), der Häufigkeit von stationären Behandlungen (pro Jahr) und der Arztbesuche pro Monat, ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen der Psychotherapiegruppe und der Kontrollgruppe.

Tab. 11 Ärztliche Verordnungen

	n = 36 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	20	11,7	16,0
KG o. PT	16	16,6	21,6



**t (FG = 34) = 0,78; p = 0,442**

Tab. 12 Stationäre Behandlungen (pro Jahr)

	n = 40 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	21	0,1	0,3
KG o. PT	19	0,0	0,0

**t (FG = 38) = 1,38; p = 0,176**

Tab. 13 Arztbesuche pro Monat

	n = 39 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	21	1,0	1,0
KG o. PT	18	1,3	1,9

**t (FG = 37) = 0,49; p = 0,626**

#### 8.1.4 Fragebogen zur Schweregraderfassung/ Schweregradindex

Bei dieser Auswertung der Daten ergab sich, daß die Psychotherapiegruppe im Mittelwert ( $\bar{x} = 76,3$ ) weniger Veränderungen der Hautsymptomatik und damit Schädigung der Haut (Erythem und Exkorationen sowie Trockenheit) als die Kontrollgruppe ( $\bar{x} = 141,5$ ) angab. Dieser Unterschied zeigte sich im t-Test jedoch nicht signifikant.

Tab. 14 Befall (Schweregrad)

	n = 42 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	22	76,3	81,0
KG o. PT	20	114,5	230,7

**t (FG = 40) -1,25; p = 0,220**

Abgefragt wurde auch Rötung und Juckreiz (s. Fragebogen im Anhang), wobei 0 = besser, 1 = gleich und 2 = schlecht angegeben werden konnte (wobei von den Patienten ihre subjektive Einschätzung im Vergleich zur erinnerten Schwere vor der Behandlung erfragt wurde).

Hierbei ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zur der Kontrollgruppe. Auch in der Häufigkeit der Krankschreibungen wurden in den Auswertungen keine erkennbaren Unterschiede deutlich.

Tab. 15 Rötung

	n = 43 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	1,5	0,9
KG o. PT	20	1,8	0,8

**t (FG = 41) = -1,05; p = 0,301**

Tab. 16 Juckreiz

	n = 43 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	1,9	0,9
KG o. PT	20	2,0	0,8

**t (FG = 41) = -0,14; p = 0,886**

#### 8.1.5 Angaben zum Verlauf der Neurodermitis

In der Frage, ob eine stationäre Behandlung seit dem Ende der Therapie erforderlich war, ergab sich keine Signifikanz.

Tab. 17 Stationäre Behandlung

	n = 40 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	1,9	0,3
KG o. PT	17	2,0	0,0

**t (FG = 38) = -1,56; p = 0,128**

Hinsichtlich der Krankschreibungen (abgefragt wurde pro Jahr) seit Ende der Behandlung bestand kein Unterschied zu der Kontrollgruppe ohne Psychotherapiebehandlung.

Tab. 18 Krankschreibungen

	n = 40 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	2,0	0,2
KG o. PT	17	2,0	0,0

**t (FG = 38) = -0,86; p = 0,397**

#### 8.1.6 Fragebogen zum Juckreiz und Kratzen der Neurodermitis

Die Ergebnisse der Auswertung hinsichtlich des Juckreizes und der Stärke des Kratzens und der Beeinträchtigung durch die neurodermitische Erkrankung ergaben sich jeweils keine signifikanten Unterschiede zwischen der Psychotherapiegruppe und der Kontrollgruppe.

Tab. 19 Juckreiz

	n = 43 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	4,1	2,5
KG o. PT	20	4,4	2,1

**t (FG = 41) = 0,38; p = 0,709**

Tab. 20 Kratzen

	n = 43 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	3,4	2,1
KG o. PT	20	4,0	2,4

**t (FG = 41) = 0,89; p = 0,380**

### 8.1.7 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Die Psychotherapiegruppe ( $\bar{x} = 200,0$ ) gibt im Fragebogen zum Erleben und Verhalten (VEV) hochsignifikant mehr Wahrnehmung von verändertem Erleben an als die Kontrollgruppe ( $\bar{x} = 174,8$ ).

Tab. 21 Wahrnehmung von verändertem Verhalten

	n = 41 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	200,0	35,7
KG o. PT	18	174,8	16,4

**t (FG = 39) = 2,76; p = 0,009**

### 8.1.8 Marburger Fragebogen zur Verarbeitung von Hauterkrankungen (MHF)

In der Bewertung der beeinflussenden Faktoren zur Entstehung der Neurodermitis ergaben sich in der Frage nach der genetischen Veranlagung sowie auch Umwelt als Auslöser der Erkrankung keine signifikanten Unterschiede zwischen der mit Psychotherapie behandelten Gruppe und der Kontrollgruppe.

Tab. 22 Genetische Veranlagung

	n = 39 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	2,8	1,1
KG o. PT	16	2,7	1,1

**t (FG = 37) = 0,22; p = 0,828**

Tab. 23 Umwelt

	n = 39 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	3,6	1,1
KG o. PT	16	3,4	1,1

**t (FG = 38) = 0,59; p = 0,556**

In der Beurteilung, daß psychische Faktoren bedeutsam sind für die Auslösung der Erkrankung, war bei der mit Psychotherapie behandelten Gruppe deutlich signifikant (5% Niveau), daß psychische Ursachen Auslöser der Erkrankung darstellen.

Tab. 24 Psychische Faktoren

	n = 40 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	23	4,0	1,0
KG o. PT	17	3,3	1,0

**t (FG = 38) = 2,19; p = 0,035**

Bezüglich der Skala 1 des MHF- *Soziale Ängste*- ergaben sich zwischen der Psychotherapiegruppe und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede.

Die Auswertung der Skala 2 des MHF - *Juckreiz-Kratzzirkel* ergaben ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

Die Skala 3 des MHF - *Hilflosigkeit* - ergab ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Skala 4 des MHF - *Ängstlich-depressive Stimmung* - ergab keine signifikanten Unterschiede.

Skala 5 des MHF - *Einschränkung der Lebensqualität* - ergab ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen Psychotherapiegruppe und Kontrollgruppe.

Bezüglich der Skala 6 - *Informationssuche* - ergab ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen der Psychotherapiegruppe und der Kontrollgruppe in der Auswertung der Daten.

Tab. 25 Marburger Fragebogen (MHF)

MHF	PT-Gruppe n= 23	SD	K-Gruppe n= 19	SD	p
Skala 1	$\bar{x} = 27,4$	9,9	$\bar{x} = 32,3$	17,4	0,262 n.s.
Skala 2	$\bar{x} = 20,1$	7,3	$\bar{x} = 22,1$	9,7	0,456 n.s.
Skala 3	$\bar{x} = 20,6$	6,3	$\bar{x} = 24,7$	12,2	0,160 n.s.
Skala 4	$\bar{x} = 21,6$	5,6	$\bar{x} = 21,2$	6,6	0,840 n.s.
Skala 5	$\bar{x} = 10,9$	4,0	$\bar{x} = 12,0$	4,9	0,442 n.s.
Skala 6	$\bar{x} = 8,9$	2,3	$\bar{x} = 10,5$	3,6	0,097 n.s.

PT Gruppe = Gruppe mit Psychotherapiebehandlung

KG o. PT = Kontrollgruppe ohne Psychotherapiebehandlung

n = Anzahl

$\bar{x}$  = Mittelwert

SD = Standardabweichung

FG = Freiheitsgrade

p = Signifikanz

Signifikanzniveaus:

$p > 0,10$  nicht signifikant = n.s.

$p < 0,10$  nicht signifikant, = Trend

$p < 0,05$  signifikant = s

$p < 0,01$  hoch signifikant = ss

### 8.1.9 Life-Event-Fragebogen

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen, daß die Psychotherapiegruppe auf dem 5%-Niveau signifikant mehr Lebensereignisse angibt, und diese werden auch als gewichtiger erlebt als in der Kontrollgruppe ohne Psychotherapie.

Tab. 26 Anzahl der Lebensereignisse

	n = 38 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	20	7,1	4,7
KG o. PT	18	3,8	3,0

$$t (FG = 36) = 2,6; p = 0,013$$

Tab. 27 Gewichtung der Lebensereignisse

	n = 38 (gesamt)	$\bar{x}$	SD
PT-Gruppe	20	212,8	150,3
KG o. PT	18	103,4	80,7

$$t (FG) = 36 = 2,69; p = 0,011$$

#### 8.1.10 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

In der Skala 1 - *Gesundheit* - ergeben in der Auswertung keinen Unterschied zur Kontrollgruppe.

$$t (FG = 40) = 0,66; p = 0,514$$

In der Skala 2 des Bereichs - *Arbeit und Beruf* - auch hier keine signifikanten Unterschiede.

$$t (FG = 39) = 1,10; p = 0,279$$

Skala 3 des Bereichs - *Finanzielle Lage* -: hier weist die Psychotherapie eine deutliche Signifikanz auf in der Unzufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation.

$$t (FG = 40) = 2,86; p = 0,007$$



Die Skala 4 des Bereichs - *Freizeit* - zeigt keinen signifikanten Unterschied der beiden Gruppen.

$$t (FG = 38) = 0,99; p = 0,326$$

Die Bereiche (Skala 5) - *Ehe und Partnerschaft* - sind ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich.

$$t (FG = 34) = 1,22; p = 0,229$$

Im Bereich (Skala 6) - *Kinder* - ist die Psychotherapiegruppe auf dem 5%-Niveau signifikant mehr zufrieden mit ihren Kindern.

$$t (FG = 14) = -2,26; p = 0,040$$

Im Bereich (Skala 7) - *Eigene Person* - sind keine signifikanten Unterschiede in der Auswertung erkennbar.

$$t (FG = 40) = 0,11; p = 0,914$$

In der Skala 8 des Bereichs - *Sexualität* - sind ebenfalls keine signifikanten Unterschiede erkennbar.

$$t (FG = 39) = 1,63; p = 0,111$$

Skala des Bereichs (Skala 9)- *Familienverhältnisse* - (*Freunde, Bekannte, Verwandte*) - sind keine signifikanten Unterschiede zwischen der Psychotherapiegruppe und der Kontrollgruppe.

$$t (FG = 40) = 0,88; p = 0,383$$

Im Bereich (Skala 10) - *Wohnverhältnisse* - : auch hier sind keine Unterschiede der beiden Gruppen signifikant erkennbar.

$$t (FG = 39) = -0,10; p = 0,918$$

Tab. 28 Lebenszufriedenheit (FLZ)

FLZ	PT-Gruppe n= 23	SD	K-Gruppe n= 19	SD	p
Skala 1	$\bar{x} = 23,0$	8,2	$\bar{x} = 21,2$	8,9	0,514
Skala 2	$\bar{x} = 22,0$	7,8	$\bar{x} = 19,6$	5,3	0,279
Skala 3	$\bar{x} = 23,0$	6,8	$\bar{x} = 17,7$	4,7	0,007
Skala 4	$\bar{x} = 25,0$	9,2	$\bar{x} = 22,4$	6,0	0,326
Skala 5	$\bar{x} = 18,0$	11,4	$\bar{x} = 15,3$	6,1	0,229
Skala 6	$\bar{x} = 13,4$	5,9	$\bar{x} = 20,9$	7,3	0,040
Skala 7	$\bar{x} = 20,9$	5,7	$\bar{x} = 20,7$	7,9	0,914
Skala 8	$\bar{x} = 22,2$	7,0	$\bar{x} = 18,9$	5,5	0,111
Skala 9	$\bar{x} = 21,3$	5,6	$\bar{x} = 19,7$	5,6	0,383
Skala 10	$\bar{x} = 16,6$	4,0	$\bar{x} = 16,8$	5,5	0,918

## 9. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, ob Neurodermitis-Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, ihre Krankheit besser bewältigen, wobei besonderes Augenmerk auf den Aspekt der Lebenszufriedenheit im privaten, beruflichen und sozialen Umfeld gerichtet wurde.

Die Frage war, ob sich ein Unterschied ergeben würde zu einer Kontrollgruppe, die keine Psychotherapiebehandlung erfahren hatte.

Hinsichtlich des Familienstandes und der Berufsausbildung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Auffällig war, daß das Alter der Psychotherapie-Patienten mit ca. 3-5 Jahren älter angegeben wurde, als in ähnlich untersuchten Studien (Ehlers et al. 1995, Bitzer et al. 1997). Die gefundenen Werte könnten damit zu tun haben, daß Psychotherapie eher im höheren Lebensalter aufgesucht wird und auch möglicherweise erst nach mehrfachem Ausprobieren von anderen Behandlungsmethoden. In diesem Zusammenhang könnte auch das Ergebnis stehen, daß in der Stichprobe der Psychotherapie-Patienten geringfügig mehr Patienten den Gymnasialabschluß angaben.

Die Bewertung der beeinflussenden Faktoren bei der Entstehung von Neurodermitis bezüglich genetischer Veranlagung und Umwelt wurde von beiden Gruppen ohne Unterschiede beantwortet. Die Psychotherapie-Gruppe gab mit deutlicher Signifikanz auf dem 5% Niveau an, daß psychische Ursachen bedeutsam für die Auslösung der neurodermitischen Erkrankung sind. Dieses erscheint zwar als triviales Ergebnis, da eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung nur mit der entsprechenden Einstellung und Motivation möglich ist und effektiv sein kann.

Im folgenden werden die statischen Ergebnisse im Zusammenhang mit den Fragestellungen und Hypothesen diskutiert.

In einer Vergleichsstudie M. Augustin et al. 1999 konnte gezeigt werden, daß der MHF besonders geeignet erscheint, Lebensqualität im Hinblick auf Krankheitsbewältigung speziell bei chronischen Hauterkrankungen zu untersuchen. Im MHF-Fragebogen der vorliegenden Studie konnte bezüglich der Skalen 1-6 keine Signifikanz nachgewiesen werden. Die Werte der hier vorliegenden Studie lagen deutlich unter den Werten der Eichstichprobe des MHF (Ehlers et al. 1995), so daß anzunehmen ist, daß aus methodischen Gründen (eine zu kleine Stichprobe) sich keine Signifikanzprüfung durchsetzte. Die Eichstichprobe des MHF zeigte einen signifikanten Einfluß, insbesondere bezüglich sozialer Ängste und Vermeidung (Skala 1), Juckreiz-Kratzzirkel (Skala 2), ängstlich-depressive Stimmung (Skala 4) und Einschränkung der Lebensqualität (Skala 5).

Tab. 29 Tabelle mit Eichstichprobe-Werte (MHF)

MHF	PT-Gruppe n= 23	SD	K-Gruppe n= 19	SD	Eichpr. $\bar{x}$ n=493	Eichpr. SD
Skala 1	$\bar{x} = 27,4$	9,9	$\bar{x} = 32,3$	17,4	35,8	11,5
Skala 2	$\bar{x} = 20,1$	7,3	$\bar{x} = 22,1$	9,7	26,1	7,1
Skala 3	$\bar{x} = 20,6$	6,3	$\bar{x} = 24,7$	12,2	26,6	7,0
Skala 4	$\bar{x} = 21,6$	5,6	$\bar{x} = 21,2$	6,6	22,8	5,9
Skala 5	$\bar{x} = 10,9$	4,0	$\bar{x} = 12,0$	4,9	15,0	4,1
Skala 6	$\bar{x} = 8,9$	2,3	$\bar{x} = 10,5$	3,6	11,5	3,1

Die höheren Werte in der Eichstichprobe könnten auch ihre Ursache darin haben, daß diese Gruppe in laufender Behandlung war und damit möglicherweise einen höheren Schweregrad aufwies. Während die Werte der vorliegenden Untersuchung nach der Therapie erhoben wurde.

In der hier vorliegenden Studie konnte die erste Hypothese, daß Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, eine höhere Lebenszufriedenheit angeben bezogen auf Bekannte, Freunde, Ehe, Partnerschaft sowie sozialer

Ängste sich subjektiv wohler fühlen, nicht bestätigt werden. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in den Bereichen Gesundheit, Arbeit und Beruf, bezüglich Freizeit, Ehe und Partnerschaft, auch bezüglich der eigenen Person, in dem Bereich der Sexualität, der Familienverhältnisse und Wohnverhältnisse waren keine Unterschiede zur Kontrollgruppe erkennbar. Allerdings waren die Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen hatten, auf dem 5% Niveau signifikant mehr zufrieden mit ihren Kindern, andererseits auch signifikant mehr unzufrieden mit ihrer finanziellen Situation als die Kontrollgruppe. In der hier vorliegenden Arbeit wurde die Kinderzahl nicht abgefragt. Ein Zusammenhang könnte darin bestehen, daß die Stichprobe der teilnehmenden Patienten älter war und somit die Wahrscheinlichkeit, daß bereits Kinder vorhanden sind relativ groß, demzufolge könnte die Unzufriedenheit mit der finanziellen Situation, mit der größeren wirtschaftlichen Belastung einer Familie in Zusammenhang stehen.

Ein wesentliches Ergebnis der Untersuchung ist, daß die Veränderung bezüglich des Erlebens und des Verhaltens bei Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben, hochsignifikant größer ist als bei der Kontrollgruppe. Beide Gruppen, sowohl die Psychotherapiegruppe als auch die Kontrollgruppe gab im VEV eine Besserung nach Behandlung an. Die Psychotherapie-Gruppe gibt im Fragebogen zum Erleben und Verhalten (VEV) hochsignifikant mehr Wahrnehmung von verändertem Erleben als die Kontrollgruppe an. Dies stimmt mit der Studie, durchgeführt vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, in Zusammenarbeit mit der Gmünder Ersatzkasse (ISEG-Studie), Bitzer et al. (1997) überein. In dieser Untersuchung zeichnete sich besonders die Psychotherapie als eine erfolgreiche Behandlungsmaßnahme bei Neurodermitis-Patienten aus. Ausgehend davon, daß die Psychotherapie zu einer veränderten Wahrnehmung der äußeren und inneren Realität führen kann, konnte dieses durch das Ergebnis bestätigt werden.

Die subjektive Beeinträchtigung bezüglich der Neurodermitis und der Stärke des Kratzens verringerte sich bei Patienten, die eine Psychotherapie durchlaufen haben (Hypothese 3) konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe.

In diesem Zusammenhang könnte auch das Ergebnis stehen, daß Neurodermitis-Patienten mit Psychotherapie weniger Juckreiz-Kratzprobleme angeben (Hypothese 4). In der statistischen Auswertung zeigte sich keine Signifikanz zur Kontrollgruppe. Abgefragt wurde der Juckreiz-Kratzzirkel im Marburger Fragebogen, verglichen mit der Eichstichprobe (Ehlers et al. 1995) lagen die Werte dieser vorliegenden Studie deutlich darunter.

Bezüglich des Schweregrades der Neurodermitis, wonach bei Hypothese 5 der Schweregrad in der Gruppe mit durchlaufender Psychotherapie geringer ist als in der Kontrollgruppe ohne psychotherapeutische Behandlung, ließ sich nur bedingt nachweisen. Der Befall wurde nicht weiter untersucht, da es keine Vergleichswerte zum Ausgangszeitpunkt der Erkrankung gab. Aufgrund des wechselhaften und schubförmigen Verlaufs der Neurodermitis war eine exakte Datenerhebung retrospektiv nur ungenau möglich, deshalb wurde dieser Aspekt in der Asuwertung nicht berücksichtigt. Die Psychotherapie-Gruppe gab im Fragebogen weniger Veränderung der Hautsymptomatik und Schädigungen der Haut als die Kontrollgruppe an. Im T-Test jedoch zeigte sich dieser Unterschied nicht signifikant.

Ebenso konnte die Hypothese 6, daß Patienten mit Psychotherapie-Behandlung größere Zufriedenheit in der Sexualität angeben als Patienten mit ausschließlich dermatologischer Therapie, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FZL), der auch den Bereich der Sexualität untersucht, waren keine signifikanten Unterschiede erkennbar. Ausgehend von der Vorstellung, daß die Lokalisation der

Effloreszenzen der Neurodermitis deutliche Auswirkungen auf das Entstellungsgefühl haben und die betreffende Körperstelle unmittelbar für die Umwelt sichtbar ist, schien die Annahme, daß die Sexualität bei der Neurodermitiserkrankung beeinträchtigt sein könnte und daß durch eine psychotherapeutische Behandlung eine Stabilisierung auch in diesem Bereich erfolgt, konnte in der hier vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Es zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der Sexualität zur Kontrollgruppe. Verschiedene Persönlichkeitsvariablen des Betroffenen wie Anforderungen bzw. Ansprüche an das eigene Aussehen, Selbstwertgefühl und Selbstzufriedenheit, das Körperbild sowie eine ängstlich-depressive Grundhaltung prägen möglicherweise Gefühle der Stigmatisierung und den Leidensdruck und sollten von daher in weiteren Untersuchungen mit größeren Stichproben Berücksichtigung finden.

Die vorliegende Arbeit ergab auch keinen Zusammenhang, daß Patienten mit Psychotherapie-Behandlung weniger Arztbesuche hatten, weniger Krankenschreibungen und weniger stationären Therapien erhielten und weniger Medikamente einnehmen, als die Kontrollgruppe (Hypothese 7).

Interessanterweise läßt sich aus den Ergebnissen feststellen, daß Patienten mit psychotherapeutischer Behandlung offensichtlich mehrere Behandlungsformen ausprobieren. Die statistischen Auswertungen zeigten, daß bei der Psychotherapie-Gruppe ein höherer Verbrauch an homöopathischen Medikamenten vorlag. In der Psychotherapie-Gruppe beantworteten zehn Patienten von 23 die Frage mit Ja. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich in der Verwendung von Autogenem Training. Auch in der Frage nach anderen Entspannungsmethoden beantworteten die Patienten der Psychotherapie-Gruppe häufiger mit Ja. Dieses stimmt mit der Arbeit von U. Stangier, U. Gieler und A. Ehlers (1992) überein, daß sich günstige Kurz- und Langzeiteffekte mit Autogenem Training auf Symptomatik und subjektive Krankheitsbewältigung nachweisen lassen und damit auch eine wirkungsvolle Maßnahme zur Rückfallprophylaxe bei Neurodermitis darstellt. Gieler et al. (1990, 1992 a, b) entwickelten ein Zwei-

komponenten-Programm, welches dermatologische Schulungen in eine themenzentrierte Gruppentherapie integriert. Zusätzlich erhalten die Neurodermitis-Patienten ein spezielles psychologisches Training. Auch in diesen Untersuchungen zeigten sich deutlich die Symptombesserungen bei nahezu allen untersuchten Patienten. Es lassen sich eine Anzahl von prospektiven Studien bezüglich Verhaltenstherapieformen, Schulung etc. (Niebel 1990, Al Abesie 2000) aufzeigen, die deutliche Therapieerfolge nachweisen. Bisher sind jedoch wenig Untersuchungen veröffentlicht, die sich mit psychodynamischen Therapieformen bei Neurodermitis-Patienten befassen.

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Qualität der Behandlung zeigte sich bei dem untersuchten Patientenkollektiv ein Trend (10%) hinsichtlich der Zufriedenheit mit der durchgeführten Behandlung in der Psychotherapie-Gruppe. Dies stimmt mit der gestellten Hypothese (8) überein. Eine mögliche Interpretation besteht darin, daß Patienten, bevor sie letztendlich eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, mehrere Behandlungsmethoden ausprobieren, in diesem Zusammenhang steht auch das Ergebnis, daß in der untersuchten Stichprobe die Patienten der Psychotherapiegruppe im Durchschnitt etwas älter waren. Zu bedenken ist ein weiterer Aspekt bezüglich der Patienten der Kontrollgruppe, die an der Studie teilnahmen, daß sie mit der dermatologischen Behandlung möglicherweise besonders zufrieden waren und auf diese Weise eine Selektion erfolgte. Ich verweise auf die Abbildung (Tab. 29 MHF), in der die Eichwerte deutlich darunter liegen.

Ein weiteres interessantes Ergebnis der Untersuchung zeigte sich in der Auswertung des Life-Event-Fragebogens, daß die Psychotherapie-Gruppe signifikant mehr (5% Niveau) Lebensereignisse angibt und diese werden auch als gewichtiger erlebt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß das Äußern von Körperbeschwerden mit bestimmten seelischen Haltungen einhergehen kann. In der Literatur gibt es Vermutungen, daß manche Menschen körperliche Beschwerden generell an Stelle von seelischen Beschwerden äußern. Nicht emp-



fundene seelische Beschwerden könnten demnach über den Körper ausgedrückt werden, d.h. somatisiert werden (Brähler 1986). Nach Widmaier (1986) treten in einer Familie um so mehr körperliche Symptome auf, je weniger psychische bzw. emotionale Kommunikationsweisen möglich waren bzw. je mehr diese unterdrückt wurden. Durch eine veränderte Grundhaltung bezüglich innerer und äußerer Erlebnisweisen, die durch eine psychotherapeutische Behandlung ermöglicht wird, können empfundene körperliche Beschwerden reduziert werden, indem Konflikte auf einer anderen Ebene als der somatischen ausgetragen werden. Ein anderer Aspekt ergibt sich aus der Auffassung von Hoffmann und Hochapfel (1992), welche die Neurodermitis als einen Folgezustand „anhaltender, oft antagonistischer („fight and flight“) vegetativer Spannungen“ interpretieren. Als Begründung führen sie eine entwicklungsgeschichtlich bedingte enge Verwandtschaft von Vegetativum und Emotionen an. Insofern erscheint auch eine erweiterte dermatologische Anamnese erforderlich, neben der die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit und deren Umständen, in denen die Hauterkrankung erstmals auftrat. Auch auf die allgemeine Lebenssituation sowie die Suche nach Lebensereignissen, die den Patienten möglicherweise sehr belasten oder belastet haben (Gieler 1989), sollte eingegangen werden. Hier wird deutlich, daß in jedem Patienten, der an Neurodermitis erkrankt, genetische Disposition und psychische Verursachung in unterschiedlich starken Anteilen zusammenkommen und für die Entwicklung der Erkrankung bedeutsam ist.

In Zusammenhang mit diesen Ergebnissen sollte die psychotherapeutische Behandlung in der Arzt-Patient-Beziehung mit Neurodermitis-Patienten an Bedeutung gewinnen. Hilfreich wäre, nach den hier vorliegenden Untersuchungen, sicherlich eine psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel, Patienten bei der aktiven Krankheitsbewältigung Hilfestellung zu geben, sie ernst zu nehmen und in der Entwicklung zu fördern. Die therapeutische Arbeit könnte zu einer guten „Erfahrung“, in der die individuelle Abwehr und die Konfliktmuster des Patienten beachtet und respektiert (Detig 1989) werden,

wobei die ärztliche Verantwortung, die Selbstverantwortung des Patienten mit einschließt (Schüffel 1983).

## 10. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, den Einfluß von Psychotherapie auf das Krankheitserleben und den Krankheitsverlauf von Patienten mit Neurodermitis zu erfassen.

An der Untersuchung nahmen 43 Patienten teil, wobei 23 Patienten eine Psychotherapie durchlaufen hatten, die 20 Patienten der Kontrollgruppe ausschließlich somatisch-dermatologisch behandelt wurden. Die psychotherapeutischen Behandlungen waren zum Untersuchungszeitpunkt mindestens ein Jahr abgeschlossen. Die somatische Behandlung umfaßte die gängigen schulmedizinischen Verfahren mit Externa, mit und ohne Cortison, Badezusätzen, homöopathischen Medikamenten und Aufenthalt im Reizklima, Entspannungsverfahren.

Die Patienten wurden mit Hilfe von standardisierten Fragebögen zur Krankheitsverarbeitung (MHF), zur Lebenszufriedenheit (FLZ), Neurodermitis-Fragebogen, zur Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF), zum Juckreiz, ebenso wurde der standardisierte Fragebogen zum Erleben und des Verhaltens (VEV) sowie der Life-Event-Fragebogen zur Untersuchung verwendet. Offensichtlich sind die mit Psychotherapie behandelten Patienten eher in der Lage, den Juckreiz-Kratzzirkel zu durchbrechen. Die untersuchten Faktoren des Erlebens und Verhaltens zeigten hochsignifikant positive Tendenz in den Aspekten Entspannung, Optimismus und Gelassenheit. Ein Ergebnis der mit Psychotherapie behandelten Patientengruppe zeigte sich darin, daß diese offensichtlich mehr Behandlungsformen ausprobieren z.B. homöopathische Behandlung, Autogenes Training und andere Entspannungsverfahren.

In den Ergebnissen zeigte sich bezüglich der Sozialdaten z.B. Beruf, Schulabschluß, Berufsausbildung und Familienstand keine Unterschiede. In der Erstmanifestation der Erkrankung ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Aus dem Neurodermitis-Anamnesebogen war zu entnehmen, daß Patienten mit Psychotherapie offensichtlich mehr alternative Behandlungsformen ausprobieren als die Kontrollgruppe. Weiter abgefragt wurden Verordnungen, Arztbesuche, Krankschreibungen und stationäre Aufenthalte. Auch

hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Die Patienten der Kontrollgruppe zeigten deutlich bessere Werte in der Krankheitsverarbeitung als die Eichstichprobe, so daß von einer eher positiven Selektion der somatisch behandelten Patienten ausgegangen werden muß.

Bezüglich der Lebenszufriedenheit waren die Psychotherapie-Patienten deutlich zufriedener mit ihren Kindern, aber unzufriedener mit ihrer finanziellen Situation als die Kontrollgruppe. Dagegen ergaben sich bezüglich Freundschaft, Ehe, Beruf und Sexualität keine wesentlichen Unterschiede. Die untersuchten Verhaltensaspekte der Krankheitsbewältigung im MHF waren nicht signifikant unterschiedlich. Die Gruppe der Psychotherapie-Patienten gaben deutlichere Zufriedenheit nach der Behandlung als die Kontrollgruppe an. Auffallend war, daß Psychotherapie-Patienten hinsichtlich der kritischen Lebensereignisse deutlich mehr Lebensereignisse und auch kritischere Lebenssituationen angeben als die ausschließlich somatisch behandelte Kontrollgruppe.

Es zeigt sich, daß die Psychotherapiebehandlung eine Verarbeitungsmöglichkeit der psychischen Belastungen, die durch die Neurodermitis ausgelöst wird, durchaus beeinflussen kann. Um diesen Aspekt noch genauer zu untersuchen, ist möglicherweise die Zahl der Patienten in dieser Studie nicht ausreichend gewesen, da sich Trends abzeichnen, die jedoch statistisch nicht signifikant waren. Eine prospektive Studie im Prä-post-vergleich wäre daher sinnvoll.

## 11. Literatur

- Al Abesie, S. (2000) Atopische Dermatitis und Psyche. Dissertation des Fachbereichs Human Medizin, Giessen
- Alexander, F. (1971) Psychosomatische Medizin. Verlag De Gruyter, Berlin, New York
- Anzieu, D. (1991) Das Haut-Ich. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Attkisson, CC., R. Zwick (1982) The client satisfaction questionnaire. Evaluation and Programm Planning 5, 233-237
- Augustin M., I. Zschocke, S. Lange, K. Seidenglanz, U. Amon (1999) Quality of life in skin diseases: Comparison of diverend quality of life questionnaires in psoriasis and atopic dermatitis. In: Hautarzt 50, 715-722
- Baker, G.H.B. (1987) Invited Review. Psychological Faktors and Immunity. Journal of Psychosomatic Research 31, 1-10
- Battegay, B. (1987) Depression, pathophysische und soziale Dimension - Therapie. Huber, Bern
- Bereiter, C. (1963) Some persisting dilemmas in the measure of change. In: Harris, C.W.: Wisconsin Press 3-20
- Beutel, M. (1988) Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Springer, Berlin
- Bitzer, E.M., T.G. Grobe, H. Dorning (1997) Die Bewertung therapeutischer Maßnahmen bei atopischer Dermatitis und Psoriasis aus der Perspektive der Patienten unter Berücksichtigung komplementär medizinischer Verfahren. ISEG Studie Endbericht
- Block, S., P.H. Hennings, E. Harvey, E. Simpson (1964) Interaction between allergie potential and psychopathologie in childhood asthma. Psychosom Med 16, 307-320
- Böddecker, K.W., M. Böddecker (1976) Verhaltenstherapeutische Ansätze bei der Behandlung des endogenen Ekzems unter besonderer Berücksichtigung des zwanghaften Kratzens. Z Psychosom Med Psychoanal 21, 61-101
- Borelli, S. (1950) Untersuchungen zur Psychosomatik des Neurodermitikers. Der Hautarzt 1, 250-256
- Bortz, J. (1985) Lehrbuch der Statistik. Springer, Berlin
- Bosse, K. (1986) Psychosomatische Gesichtspunkte in der Dermatologie. In: Psychosomatische Medizin. v.Uexküll, Th. (Hrsg) Verlag Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore.

- Bosse, K. (1990) Psychosomatische Gesichtspunkte bei der Betreuung atopischer Ekzematiker.
- Bosse, K., P. Hünecke (1981) Der Juckreiz des endogenen Ekzematikers. Münchener Medizinische Wochenschrift (MMW) 123, 1013-1016
- Bosse, K., P. Fassheber, P. Hünecke, AT. Teichmann, J. Zauner (1976) Zur sozialen Situation des Hautkranken als Phänomen interpersoneller Wahrnehmung. Psychosom Med Psychoanal 21, 3-61
- Braun-Falco, O., J. Ring (1984) Zur Therapie des Atopischen Ekzems. Der Hautarzt 35, 447-454
- Braun-Falco, O., G. Plewig, H.H. Wolff (1995) Dermatologie und Venerologie, 4. Aufl. Springer, Berlin
- Brähler, E. (1986) (Hrsg) Körpererleben. Springer, Berlin
- Brähler, E., J. Scheer (1983) Der Gießener Beschwerdebogen (GBB). Huber, Bern, Stuttgart, Wien
- Brähler, E., M. Fahrenberg, J. Myrtek, J. Schuhmacher (1995) Der Fragenbogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) Hogrefe, Göttingen
- Bräutigam, W., P. Christian, M. v. Rad (1992) Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart
- Brown, D.G. (1967) Emotional disturbance in eczema: a study of symptom reporting behaviour. J Psychosom Research 11, 27-40 (zit. n. Gieler 1992 a)
- Brynzell-Koenen, T.A.F.M. (1986) IGE on Langerhans cells: new insights into pathogenesis of atopic dermatitis. Dermatologia 172, 181-183
- Byrom, N.A., D.M. Timlin (1979) Immune status in atopic eczema. A survey. British Journal of Dermatology 100, 491-498
- Cleveland, S.E., S. Fischer (1956) Psychological factors in the neurodermatoses. Psychosomatic Medicine 18, 209-220
- Cohen, F., R. Lazarus (1979) Coping with the stresses of illness. In: Stone, G., N. Adler, F. Cohen (Hrsg) Health Psychology. Jossey-Bass, San Francisco
- Cookson, W.O.C.M., P.A. Sharp, J.A. Faux, J.M. Hopkin (1989) Linkage between immunoglobulin E responses underlying asthma and rhinitis and chromosome 11q. The Lancet I, 1292-1294
- Cormia, F.E. (1952) Experimental histamine pruritus. Influence of physical and psychological factors on threshold reactivity. Journal of investigations in dermatology 19, 21-29
- Deter, H.C. (1986) Ansätze inaktiver Psychosomatik in der Medizinischen Klinik. Prax Psychother Psychosom 31, 91-106

- Detig, C. (1989) Unberührbarkeit aus Abwehr? Psycodynamische Prozesse zwischen Nähe und Distanz. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen
- Diepgen, T.L., M. Fartasch (1992) Recent epidemiological and genetic studies in atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, Suppl. 176, 13-18
- Eagle, U.T. (1990) Psychosomatische Aspekte beim Atopischen Ekzem. Vortrag bei der Medizinischen Gesellschaft Mainz.
- Eagle U.F. (1994) Das benigne Schmerzsyndrom. Habil. Med. FB Gutenberg, Universität Mainz
- Ehlers A., U. Stangier, U. Gieler (1995) Treatment of atopic dermatitis. *J Clin Psychol* 63, 624-635
- Fahrenberg, J., M. Myrtek, D. Wilk, K. Kreutel (1986) Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 36, 347-354
- Faulstich, M.E., D.A. Williamson (1985) An overview of Atopic Dermatitis. Toward a bio-behavioral integration. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 647-654
- Faulstich, M.E. D.A. Williamson, E.G. Duchmann, L.S. Conerly, P.J. Brantley (1985) Psychophysiological Analysis of atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 415-417
- Fiske, C.E., M.E. Obermayer (1954) Personality and emotional factors in chronic disseminated neurodermitis. *Archives of Dermatology and syphilology* 70, 261-267
- Garrie, E., S. Garrie, T. Mote (1974) Anxiety and atopic dermatitis. *Journal Consulting and Clinical Psychology* 42, 742-748
- Gieler U (1989) Atopic Dermatitis. In: Psychological Management for psychosomatic disorders. Paulley, W. (ed). Springer, Berlin, Heidelberg, Tokyo 257-269
- Gieler, U., (1990) Neurodermitis und Psychosomatik- Was gibt es Neues? *Dtsch. Dermatol. Ges.: 36. Tagung, Hannover, 29. August -2. September 1990. Zentralblatt Haut* 157:972
- Gieler, U., I. Effendy (1984) Psychosomatische Aspekte in der Dermatologie. *Akt Dermatol* 10, 103-106.
- Gieler, U., U. Stangier (1991) Psychische Einflüsse auf die Atopische Dermatitis (Neurodermitis). *Der deutsche Dermatologe* 39/7, 916-930.
- Gieler, U., C. Detig-Köhler (1994) Nähe und Distanz bei Hautkranken. *Psychotherapeut* 39, 259-263
- Gieler, U., Ch. Schulze, U. Stangier (1985) Das Krankheitskonzept von Patienten mit endogenem Ekzem. *Zeitschrift für Hautkrankheiten* 60, 1224-1236

- Gieler, U., U. Stangier, R. Ernst (1986) Psychosomatische Behandlung im Rahmen der klinischen Therapie von Hautkrankheiten. In: Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Bosse, K., U. Gieler, (Hrsg) Bern, Huber
- Gieler, U., J. Bräuer, G. Freiling (1992a) Neurodermitis - Schulung. Ein neuer, psychosomatisch orientierter Behandlungsansatz. In: Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (Bd. 9). Hauterkrankungen aus psychologischer Sicht. Hogrefe Verlag, Göttingen
- Gieler, U., J. Brauer, G. Freiling (1992b) Neurodermitis - Ein Ratgeber für Patienten und ihre Behandler. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart 1991.
- Gieler, U., A. Ehlers, T. Höhler, G. Burkhard (1990) Die psychosoziale Situation der Patienten mit endogenem Ekzem. *Der Hautarzt* 41/8, 416-423
- Gieler, U., B. Köhnlein, U. Schauer, G. Freiling, U. Stangier (1992c) Eltern-Beratung bei Kindern mit Atopischer Dermatitis. *Der Hautarzt Suppl. II* 43, 37-42
- Gloor, M. (1983) Neurodermitis Atopica. *Klinik-Pathophysiologie-Therapie. Fortschritte der Medizin* 101, 919-923
- Graham, D.T., S. Wolf (1950) Pathogenesis of urticaria *JAMA*, 1396-1402
- Grave, K. (1976) Differentielle Psychotherapie I. Huber, Stuttgart
- Griesemer, R., T. Nadelsohn (1979) Emotional Aspects of Cutaneous Disease. T. Fitzpatrick et.al. (eds.) *Dermatology in General Medicine*, Chap 135, 1353-1363
- Hanifin, J.M., G. Rajka (1980) Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatovenerologica* 92, 44-47
- Heigl-Evers, A., R. Schneider, K. Bosse (1975) Biographische Daten von endogenen Ekzemikern. *Z f Psychosom Med u Psychoanal* 21, 75-84
- Hoffmann, S.O., G. Hochapfel (1992) Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin, 4 Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Hofmann, S., A. Ehlers, U. Stangier, U. Gieler (1989) Zusammenhang von Juckreiz und Kratzverhalten mit Befindlichkeit und Aufmerksamkeit bei Neurodermitis. Unverö. Vortrag Dtsch. Kolleg. Psychosomatische Medizin 10.11.1989, Gießen (zit. n. Gieler 1992a)
- Holmes, T.H., R.H. Rahe (1967) The social Reajustment Rating scale. *J Psychosom Res* 11, 213-218
- Hornstein, O., G. Brückner, V. Graf (1973) Über soziale Bewertung von Hautkrankheiten in der Bevölkerung. *Hautarzt* 24, 230-235
- Hünecke, P., K. Bosse, H. Finckh (1990) Krankheitsverlauf und psychosoziale Ereignisse während der stationären Behandlung atopischer Ekzematiker. Pilotstudie. *Zeitschrift für Hautkrankheiten* 65, 428-434



- Jordan, J.M., F.A. Whitlock (1974) Atopic Dermatitis, Anxiety and conditioned scratch responses. *Journal of Psychosomatic Research* 18, 297-299
- Jordan, J.M., F.A. Whitlock (1972) Emotions and The skin. The conditioning of scratch responses in the cases of Atopic Dermatitis. *British Journal of Dermatology* 86, 574-585
- Jourard, S. (1966) An exploratory study of body accessibility. *Brit J soc clin psychol* 5, 221-231
- Jung, E.G. (1991) *Dermatologie*, 2. Aufl. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 360-364
- Kaschel, R. (1990) *Neurodermitis in den Griff bekommen*. Verlag für Medizin, Heidelberg
- Kiecolt-Glaser, J.K., R. Glaser (1986) Psychological influences on immunity. *Psychosomatic Medicine* 27, 621-624
- Kiecolt-Glaser, J.K., W. Garner, C. Speicher (1984) Psychosocial Modifiers of Immunocompetence in Medical Students. *Psychosomatic Medicine* 46, 7-14
- King, R.M., G.V. Wilson (1991) Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research* 35, 697-706
- Klein, H.S. (1949) Psychogenic factors in dermatitis and their treatment by group therapy. *Br J Med Psychol* 22, 32-45
- Koblenzer, C.S. (1983) Psychosomatic concepts in dermatology. *Archives of Dermatologie* 119, 501-511
- Köhler, T., D. Weber (1992) Psychophysical reactions of patients with atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research* 36, 391-394
- Korting, G.W., B. Laux, M. Niemöller (1987) Das endogene Ekzem. Persistenz und Wandel während der vergangenen Jahrzehnte. *Deutsches Ärzteblatt* 84, 224-229
- Kühnl-Petzoldt, C. (1988) Sind Atopiker gereizt als Ursache oder Folge ihrer Krankheit? *Aktuelle Dermatologie* 14, 35-36
- Kupfer, J. (1994) *Psychoimmunologische Verlaufsstudie bei Patientinnen mit atopischer Dermatitis*. Dissertation
- Kuypers, B.R.M. (1967) Atopic Dermatitis. Some observations from a psychological viewpoint. *Dermatologica* 136, 387-394
- Levy, R.J. (1952) The Rorschach pattern of neurodermitis. *Psychosomatic Medicine* 14, 41-49
- Liebowitz, M.R., H.M. Gormann, A.J. Fyer, A.B. Klein (1985) Social Phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry* 12, 729-736

- Löwenberg, H., M. Peters (1992) Psychosomatische Dermatologie: Ergebnisse einer kombinierten stationären Behandlung aus der Sicht der Patienten. *Prax Psychoth Psychosom* 37, 138
- Löwenberg, H., M. Peters (1994) Evaluation einer stationären psychotherapeutisch-dermatologischen Behandlung bei Neurodermitis-Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44, 267
- Markgraf, J., S. Schneider (1995) Langzeiteffektivität von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Angstbehandlung. Vortrag DVT-Tagung, Berlin
- Markgraf, J., S. Schneider (1990) *Panik*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio
- Marty, P. (1980) Die allergische Objektbeziehung. In: Brede, K. (Hrsg) *Einführung in die psychosomatische Medizin*. Syndikat, Autoren und Verlagsgesellschaft Frankfurt/M.
- McGeady, St., R.H. Buckley (1975) Depression of cell-mediated immunity in atopic eczema. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 56, 393-406
- McLaughlin, J.T., R.J. Shoemaker, W.B. Guy (1953) Personality factors in adult atopic eczema. *Archives of Dermatology and Syphilology* 68, 506-516
- Meichenbaum, D. (1977) *Kognitiv-behavioral modifikation*. Plenum Press, New York.
- Münzel, K. (1988) Atopische Dermatitis. Ergebnisse und Fragen aus verhaltensmedizinischer Sicht. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 9, 169-193
- Münzel, K., R. Schandry (1990) Atopisches Ekzem. Pathophysiologische Reaktivität unter standardisierter Belastung. *Hautarzt* 41, 606-611
- Niebel, G. (1990) Verhaltensmedizinisches Gruppentraining für Patienten mit atopischer Dermatitis in Ergänzung zu dermatologischer Behandlung. Pilotstudie zur Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin 11, 24-44
- Ott, G., A. Schönberger, B. Langenstein (1986) Psychologisch-psychosomatische Befunde bei einer Gruppe von Patienten mit endogenem Ekzem. *Aktuelle Dermatologie* 12, 209-213
- Pines, D. (1980) Skin communications: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *Int J Psychoanal* 61, 315-323 (zit. n. Bräuer 1989)
- Pürschel, W. (1976) Neurodermititis und Psyche. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 22, 62-70
- Rajka, G. (1986) Natural history and clinical manifestations of atopic dermatitis. *Clin Rev Allergy* 4, 3-26

- Rajka, G. (1986) Atopic dermatitis. Correlation of enviromental factors with frequency. *Int J Dermatol* 25, 301-304
- Rechardt, E. (1970) An investigation in the psychosomatic aspects of prurigo Besnier. Monographs of the Psychiatric Clinic Helsinki, University-Central Hospital, Helsinki, (zitiert nach Korth u.a. 1988)
- Rechenberger, I (1979) Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen
- Rechenberger, I. (1993) Das Körperbild bei Hautkranken. *Mat z Psychoanal und analytisch orientierten Psychother* 9, 31-34
- Riemann, F. (1961 ) Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. Reinhardt, München
- Ring, J. (1979) Atopic Dermatitis. A Disease of general Vasoactive Mediator Dysregulation. *Int Archives of Allergy appl Immunology* 59, 233-239
- Ring J., E. Palos F. Zimmermann (1986) Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. Erziehungsstil, Familiensituation im Zeichentest und strukturierten Interview. *Hautarzt* 1/37, 560-567
- Schmidt, J., F. Lamprecht, WW. Wittmann (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Med. Psychologie* 39: 248-255
- Schmied, C., HJ. Saurat (1991) Epidemiology of atopic dermatitis. In: Ruzicka, T. u.a. *Handbook of atopic eczema*. 9-14, Springer, Berlin
- Schubert, H.-J. (1989) Psychosoziale Faktoren bei Hauterkrankungen. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen
- Schubö, W., H.M. Uehlinger (1991) SPSS, Handbuch der Programmversionen 4.0 und SPSS-x 3.0. Gustav Fischer, Stuttgart
- Schudel, P., B. Wüthrich (1985) Klinische Verlaufsbeobachtungen bei Neurodermitis atopica nach dem Kleinkindesalter. *Z f Hautkrankheiten* 60, 479-486
- Schüffel, W. (Hrsg) (1983) Sprechen mit Kranken: Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen. Urban & Schwarzenberg, München
- Schultz-Larssen, F. (1985) Atopic dermatitis. Etiological studies based on a twin population. *Legeforeningens*, Kopenhagen
- Senf, W. (1985) Behandlungsergebnisse bei stationärer Psychotherapie. Habil., Universität Heidelberg
- Stangier, U., U. Gieler, A. Ehlers (1992) Autogenes Training bei Neurodermitis. ZFA

- Stangier, U., U. Gieler, A. Ehlers (1997) Entwicklung eines Fragebogens zur Krankheitsbewältigung bei Hauterkrankungen (Marburger-Haut-Fragebogen, MHF). *Diagnostica* 43, 247-257
- Stone, St.P., G.J. Gleich, S.A. Muller (1976) Atopic Dermatitis and IgE, *Archives of Dermatology* 112, 1254-1254
- Stüttgen, G. (1981) Physiologie und Pathophysiologie des Juckreizes. *Münchener Med Wochenschrift* 123, 987-991
- Thomä, H. (1980) Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche* 7, 589-624
- Vogt, H. (1990) Neurodermitis constitutionalis atopica -endogenes Ekzem-Atopic dermatitis. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 11, 59-68
- Walsh, MN., RR. Kierland (1947) Psychotherapy in the treatment of neurodermitis. *Proceedings of staff meeting. Mayo Clinic* 22, 578-583 (zit. n. Münzel 1988)
- Wenninger, K., A. Ehlers, U. Gieler (1991) Kommunikation von Neurodermitis-Patienten mit ihrer Bezugsperson. Eine empirische Analyse. *Z Klin Psychol* 20, 251-264
- Widmaier, J. (1986) Hautkrankheiten. In: Hau, T.E. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin. Lehr- und Handbuch*, 2.Aufl. Krankheitsbilder, Oldenbough, München
- Williams, D. (1951) Management of atopic dermatitis in children. Control of the maternal rejectionfaktor. *Archiv dermatologicol Syphilol* 63, 545-556
- Wüthrich, B. (1980) Immunologische Befunde bei endogenem Ekzem. In: *Dermatologie in Praxis und Klinik*, Bd. II. Korting, GW (Hrsg) Thieme, Stuttgart
- Zielke, C.M. (1978 c) Methodische Untersuchungen zum Veränderungsfragebogen (VEV). *Zeitsch f Klin Psychologie, Forschung und Praxis*
- Zielke, C.M, C. Kopf-Mehnert (1978) Veränderungsfragebogen manual des Erlebens und des Verhaltens. *Diagnostica*

## **12. Anhang**

- A:**    Anschreiben Instruktion zu den Fragebögen
- B:**    Fragebogen zur Sozialen Situation
- C:**    Fragebogen zur Qualität der Behandlung (ZUF)
- D:**    Anamnesebogen (Neurodermitis)
- E:**    Schweregraderfassung
- F:**    Fragebogen zum Verlauf der Neurodermitis
- G:**    Fragebogen zum Juckreiz der Neurodermitis
- H:**    Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens  
          (VEV)
- I:**    Marburger Fragebogen zur Verarbeitung von  
          Hauterkrankungen (MHF)
- J:**    Life-Event-Fragebogen
- K:**    Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)



## Klinikum

## Medizinisches Zentrum für Psychosomatische Medizin

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Ludwigstraße 76, 35392 Gießen,

**Klinik für Psychosomatik  
und Psychotherapie**

Leiter: Prof. Dr. Ch. Reimer

Liebe Patientin,  
Lieber Patient.

**Prof. Dr. U. Gieler**  
*Konsiliar- und Liaison-Psychosomatik*  
*Psychosomatische Dermatologie*  
Tel.: ++49-0641/702-2482, -2474  
Fax: ++49-0641/702-4606

Gießen,


Az.:


Im Rahmen einer Untersuchung des Zentrums für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen möchte wir Sie um Ihre Mitarbeit bitten.

Diese Untersuchung beschäftigt sich mit der Effizienz der Psychotherapiebehandlung, d.h. in wie weit eine Psychotherapie für einen an Neurodermitis erkrankten Menschen hilfreich ist. Deshalb möchten wir Sie ganz herzlich bitten, uns in diesem Forschungsvorhaben zu unterstützen und die beigelegten Fragebögen bitte vollständig auszufüllen und an die angegebene Adresse auf dem frankierten Rückumschlag zurückzusenden.

Der Datenschutz ist gesichert, ihre persönlichen Daten sind chiffriert und nur ihrem behandelten Therapeuten/in bekannt und dadurch anonymisiert. Auch die Auswertung der Daten erfolgt anonym, so daß bei Rückfragen ausschließlich ihre Therapeuten/in ansprechbar ist.

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit.

  
Prof. Dr. U. Gieler

  
P.S. Williamson

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

UNIVERSITÄT  
GIESSEN

Abteilung Allgemeine Dermatologie und Andrologie  
Gaffkystr. 14, 35385 Gießen

Liebe Patientin,  
lieber Patient

Klinikum

**Hautklinik****Abteilung Allgemeine Dermatologie  
und Andrologie**

Leiter:

Prof. Dr. Dr. med. habil. W.-B. Schill

Gaffkystr. 14

35385 Gießen

Tel.: 0641/9943283 oder -221

Im Rahmen einer Untersuchung der Universitäts-Hautklinik Gießen möchten wir Sie um Ihre Mitarbeit bitten.

Diese Untersuchung beschäftigt sich mit der Qualität der Behandlung Ihrer Hautkrankheit Neurodermitis, das heißt, inwieweit die durchgeführte Behandlung für einen an Neurodermitis erkrankten Menschen hilfreich ist.

Deshalb möchten wir Sie ganz herzlich bitten, uns in diesem Forschungsvorhaben zu unterstützen und die beigelegten Fragebögen **so vollständig wie möglich** auszufüllen und an die angegebene Adresse auf dem frankierten Rückumschlag zurückzusenden.

Der Datenschutz ist gesichert, Ihre persönlichen Daten sind chiffriert und nur Ihrer(m) behandelnden Ärztin/Arzt bekannt und dadurch anonymisiert. Auch die Auswertung der Daten erfolgt anonym; so daß bei Rückfragen ausschließlich Ihr(e) Therapeut/Therapeutin ansprechbar ist.

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit.

Prof. Dr. Dr. W.-B. Schill  
gf. Direktor der Klinik

Prof. Dr. U. Gieler  
Psychosom. Dermatologie

P.S. Williamson  
Fachärztin für  
Psychotherapeutische Medizin

FRAGEN ZUR SOZIALEN SITUATIONAlter: .....Geschlecht:☐ männlich      ☐ weiblichBerufstätigkeit:

☐ ja    ☐ mithelfend im eigenen Betrieb    ☐ Hausfrau/Hausmann  
☐ Schüler    ☐ Student    ☐ Berufsausb.    ☐ Rentner/Ruhest.  
☐ arbeitslos    ☐ ohne Beruf

Berufsgruppe (bei Nichtberufstätigen des Ernährers!):

☐ Inhaber, Geschäftsf. größeren Unternehmens    ☐ freier Beruf  
☐ Mittl./kleinere selbst. Geschäftsleute    ☐ selbst. Handwerker  
☐ Leitender Angestellter    ☐ Nichtleitender Angestellter  
☐ Beamter höherer/gehob. Dienst    ☐ Beamter mittl./einf. Dienst  
☐ Landwirt    ☐ Facharbeiter mit abgelegter Prüfung  
☐ Sonstige Arbeiter

Schulbildung:

Art der zuletzt besuchten Schule:

☐ Hauptschule    ☐ Sonderschule    ☐ Realschule  
☐ Gymnasium    ☐ andere Schultypen: .....  
  
☐ abgeschlossen    ☐ nicht abgeschlossen

Familienstand:

☐ verheiratet    ☐ ledig    ☐ verwitwet    ☐ geschieden/getr.

Hausnalt:

☐ alleinlebend    ☐ zusammen mit Partner    ☐ sonstige: .....



**1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung , welche Sie erhalten haben, beurteilen ?**

ausgezeichnet	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten , die Sie wollten ?**

eindeutig nicht	eigentlich nicht	im Allgemeinen ja	eindeutig ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. In welchem Maße hat diese Behandlung ihren Bedürfnissen entsprochen ?**

sie hat fast allen meine Bedürfnissen entsprochen	sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen	sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen	sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Würden Sie einem Freund/einer Freundin , diese Behandlung empfehlen , wenn er/ sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde ?**

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe , welche Sie hier erhalten haben ?**

ziemlich unzufrieden	leidlich oder leicht unzufrieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen ?**

ja, sie half eine ganze Menge	ja, sie half etwas	nein, sie half eigentlich nicht	nein, sie hat mir die Dinge schwerer ge- macht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen ?**

sehr zufrieden	weitgehend zufrieden	leidlich oder leicht unzufrieden	ziemlich unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Würden Sie wieder eine solche Behandlung aufsuchen , wenn Sie Hilfe bräuchten ?**

eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennzahl/Pers/Gr.

**A) EIGENANAMNESE****1. Erstes Auftreten der Neurodermitis :**

mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erscheinungsfreiheit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_\_ Jahren

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**B) BISHERIGE BEHANDLUNG****1. Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt :**☐ keine☐ Cortison (äusserlich) \_\_\_\_\_

wieviel : \_\_\_\_\_ Gramm/Jahr ( Bitte die Menge im letzten Jahr schätzen)

☐ schwach wirksam☐ mittelstark☐ stark☐ sehr stark☐ Pflanzliche Arzneimittel☐ Homöopathie☐ Äusserlich angewandte Hautpflegemittel☐ Psychotherapie☐ Medikamente :☐ Cortisoneinnahme (z.B. Tabl. ) : \_\_\_\_\_

wie häufig :

bzw. \_\_\_\_\_

bzw. \_\_\_\_\_

/ Jahr

/ Monat

/ Tag

☐ Juckreizstillende Medikamente :

wieviel :

bzw. \_\_\_\_\_

bzw. \_\_\_\_\_

Tabl./ Tag

Tabl./ Woche (durchschnittl.)

Tabl./ Monat (durchschnittl.)

☐ andere Medikamente : \_\_\_\_\_☐ andere Therapieformen \_\_\_\_\_**2. Häufigkeit der stationären Behandlungen ; \_\_\_\_\_ mal (in den letzten 12 Monaten )****3. Häufigkeit von Verordnungen :** pro Jahr \_\_\_\_\_  
pro Monat \_\_\_\_\_  
pro Woche \_\_\_\_\_**4. Häufigkeit der Arztbesuche pro Monat : \_\_\_\_\_ mal**

Bitte vermerken Sie in der folgenden Übersicht, welche der genannten Behandlungsverfahren bei Ihnen seit Ende Behandlung angewendet worden sind.

Bitte geben Sie zusätzlich in der letzten Spalte an, welche Behandlungsverfahren angewendet worden sind

**Bitte bei den angewendeten Behandlungsverfahren ein Kreuz machen !**

	Verfahren wurde angewendet	Verfahren wurde in den letzten 14 Tagen angewendet
Klimabehandlung am Meer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salzbäder in Kliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cignolin oder Anthralin-Salbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D <sub>3</sub> -Salbe (z.B. Psorcutan ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pflanzliche Salbe (z.B. Rubisan ®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegesalbe (z.B. Nivea ® , Eucerin ® etc. )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Salbe ..... ( Name)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortison äußerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortison innerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppressiva (z.B. Scandimmmum ® , Metotrexat , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UV-Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumarsäure (z.B. Fumaderm ® )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie ( mehr als 5 Sitzungen )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie ( weniger als 5 sitzungen )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Entspannungsverfahren (z.B.YOGA. nach Jacobson )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Hauterkrankungen in der Familie ( z.B. Schuppenflechte )

☐ Nein

☐ Ja \_\_\_\_\_

Andere chronische Krankheiten ( z.B. Diabetes , Rheuma , Herzerkrankungen )

☐ Nein

☐ Ja \_\_\_\_\_

**C : BASISSYMPTOME** ( Bitte kreuzen Sie an , was auf Sie zutrifft ! )

☐ Juckreiz

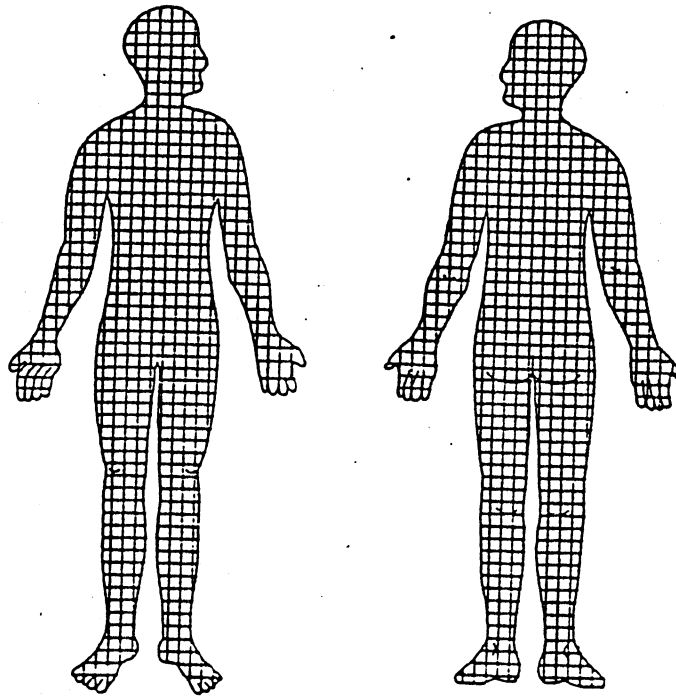
☐ Ekzematöse Veränderungen der Haut an Ellbeugen , Kniekehlen , Hals etc.

☐ Chronischer Verlauf ( mind. 4 Wochen )

☐ Positive Familienanamnese ( Allergien , Heuschnupfen , Asthma , Neurodermitis in der Familie etc.

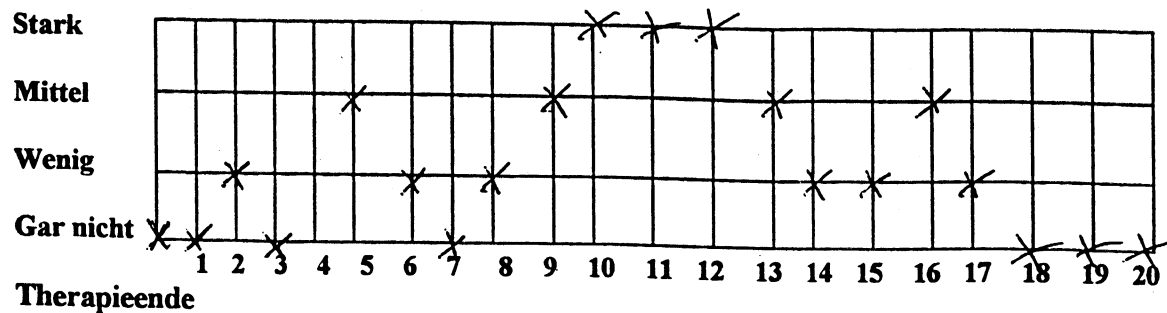
Auf den folgenden Seiten sind einige Fragen zum Verlauf Ihrer Erkrankung zusammengestellt.  
Bitte versuchen Sie diese so gut wie möglich zu beantworten.

Bitte markieren Sie im folgenden Schema die Stellen, an denen Sie im Moment Hauterscheinungen haben.



Bitte versuchen Sie in der folgenden Graphik einzutragen, wie der Verlauf der Neurodermitis seit Ende der Behandlung war. Fangen Sie mit dem Therapieende an und geben Sie für die folgenden Monate die erinnerte Krankheitsaktivität an

BEISPIEL :



Stark

Mittel

Wenig

Gar nicht


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Therapieende

Waren Sie seit dem Ende der Behandlung wegen der Neurodermitis in stationärer Behandlung ?

Ja ☐

Nein ☐

wenn ja, wo ?

\_\_\_\_\_

wie lange ?

\_\_\_\_\_

Waren Sie seit dem Ende der Behandlung wegen der Neurodermitis krank geschrieben ?

Ja ☐

Nein ☐

wenn ja, wie häufig ?

\_\_\_\_\_

Haben Sie während Ihrer Behandlung am Autogenen Training teilgenommen ?

Ja ☐

Nein ☐

Haben Sie das Autogene Training zu Hause weitergemacht ?

Ja ☐ ( bis vor ..... Monaten )

Nein ☐

falls ja,

wie regelmäßig ?    nicht regelmäßig ☐    1x oder mehr/Woche ☐    bei Bedarf ☐

## Fragen an den Patienten:

Wie stark war in den letzten zwei Wochen nach Ihrem Eindruck der Juckreiz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( )  
kein leichter schwerer unerträglicher  
Juckreiz

Wie stark war in den letzten zwei Wochen nach Ihrem Eindruck das Kratzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( )  
kein leichtes starkes sehr starkes  
Kratzen

Wie stark fühlen Sie sich durch die Neurodermitis beeinträchtigt?

( ) — ( ) — ( ) — ( ) — ( )  
gar nicht wenig mittelmäßig stark sehr stark

(42)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Anleitung

Bitte stellen Sie sich den Zeitpunkt vor \_\_\_\_\_ Wochen vor.  
Das war der \_\_\_\_\_ (Datum des Beginns  
des Beurteilungszeitraums).

Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und  
wie Sie sich fühlten. Überblicken Sie bitte nunmehr immer  
den Zeitraum vom obigen Datum bis heute.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer,  
ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraums eine Ände-  
rung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Das  
Ausmaß der Änderung geben Sie bitte durch Ankreuzen  
einer Zahl an.

Hier ein Beispiel:

Änderung						
in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
stark	mittel	schwach		schwach	mittel	stark

Ich bin ruhiger geworden.

+3 +2 +1 ☒ -1 -2 -3

Wenn Sie innerhalb des Zeitraums keine Änderung er-  
lebt haben, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger  
geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die 0 (wie hier in  
diesem Beispiel).

Wenn Sie eine starke Änderung in entgegengesetzter  
Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeit-

raums unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte  
die -3.

Wenn Sie eine starke Änderung in die gleiche Richtung  
erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums ru-  
higer geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die +3.

Beantworten Sie bitte zügig und spontan alle Fragen!



92

Anderung						
in gleicher Richtung		keine		in entgegengesetzter Richtung		
+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	-1 schwach	-2 mittel	-3 stark

1	Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2	Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3	Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4	Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5	Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6	Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7	Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8	Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9	Alle Dinge haben jetzt Bedeutung und Leben für mich.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10	Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11	Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12	Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13	Ich fühle mich unabhängiger von anderen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14	Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15	Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16	Ich fühle mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17	Diese quälende Ungewißheit ist stärker geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18	Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19	Ich fühle mich stärker isoliert als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
20	Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21	Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

93

Änderung						
in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	-1 schwach	-2 mittel	-3 stark

22	Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
23	Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
24	Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
25	Ich fühle mich freier.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
26	Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
27	Meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben zugenommen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
28	Ich bin häufiger niedergestimmt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
29	Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
30	Ich bin entspannter.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
31	Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
32	Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
33	Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
34	Ich glaube, daß ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
35	Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
36	Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
37	Ich komme mit mir selbst schlechter aus.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
38	Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
39	Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
40	Es macht mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewußt gibt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
41	Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
42	Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Überprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Summe Seite 2

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

	überhaupt nicht	kaum zutreffend	ziemlich	stark	sehr stark
1. Mein Aussehen macht mir Kummer.	1	2	3	4	5
2. Wegen meiner Hauterkrankung schlafe ich schlecht.	1	2	3	4	5
3. Ich bin wegen meiner Hauterkrankung weniger attraktiv als die meisten anderen Menschen.	1	2	3	4	5
4. Es gibt Situationen, die ich wegen meiner Hautkrankheit vermeide.	1	2	3	4	5
5. Meine Haut hindert mich daran, von mir aus Kontakt mit unbekannten Menschen aufzunehmen.	1	2	3	4	5
6. Ich fühle mich oft nervös.	1	2	3	4	5
7. Ich fühle mich wegen meiner Hauterkrankung sexuell gehemmt.	1	2	3	4	5
8. Ich kann mir viele Wünsche wegen meiner Hauterkrankung nicht erfüllen.	1	2	3	4	5
9. Ich grübele häufig darüber nach, warum ausgerechnet ich die Krankheit habe.	1	2	3	4	5
10. Ich achte auf die Haut von anderen Menschen.	1	2	3	4	5
11. Es ist wegen der Krankheit schwierig, einen (neuen) Partner kennenzulernen.	1	2	3	4	5
12. Ich suche morgens nach neuen aufgekratzten Hautstellen.	1	2	3	4	5
13. Ich rege mich schon bei Kleinigkeiten auf.	1	2	3	4	5
14. Ich kann noch viel dazulernen, wie ich besser mit der Hauterkrankung umgehen könnte.	1	2	3	4	5
15. Ich könnte meine Haut noch sorgfältiger als bisher pflegen.	1	2	3	4	5
16. Ich kapsele mich von meiner Familie/Partner aus Rücksichtnahme ab.	1	2	3	4	5
17. Es kostet mich viel Energie, mich zusammenzureißen, um mich nicht zu kratzen.	1	2	3	4	5
18. Ich achte zu wenig auf meine Ernährung.	1	2	3	4	5
19. Ich vermeide Sauna oder Schwimmbad, weil andere Leute sich ekeln könnten.	1	2	3	4	5
20. Ich habe Schuldgefühle, wenn ich mich aufgekratzt habe.	1	2	3	4	5

	überhaupt nicht	kaum	ziemlich zutreffend	stark	sehr stark
21. Ich fühle mich häufig müde.	1	2	3	4	5
22. Ich möchte auch so unbefangen sein wie andere Menschen.	1	2	3	4	5
23. Ich habe das Gefühl, die Leute starren auf meine Hauterscheinungen.	1	2	3	4	5
24. Meine Hauterkrankung schränkt mich generell in meinem Leben ein.	1	2	3	4	5
25. Es stört mich, daß ich bestimmte Dinge nicht essen oder trinken kann, die ich gern mag.	1	2	3	4	5
26. Ich müßte eigentlich mehr über meine Hauterkrankung wissen.	1	2	3	4	5
27. Ich kratze mich häufig, ohne es zu merken.	1	2	3	4	5
28. Wegen meiner Hautkrankheit werde ich von vielen Menschen betont rücksichtsvoll behandelt.	1	2	3	4	5
29. Durch das dauernde Kranksein entstehen mir hohe Kosten.	1	2	3	4	5
30. Ich beobachte genau, wie andere auf meine Hauterkrankung reagieren.	1	2	3	4	5
31. Ich habe Angst davor, von Fremden wegen meiner Hauterkrankung abgelehnt zu werden.	1	2	3	4	5
32. Mir fehlt es an Lebensenergie.	1	2	3	4	5
33. Wegen meiner Hauterkrankung kann ich bestimmte Berufe nicht ausüben.	1	2	3	4	5
34. Wenn ich in den Spiegel schaue, betrachte ich vor allem meine Haut.	1	2	3	4	5
35. Meine Familie/mein Partner wird durch meine Hauterkrankung mitbelastet.	1	2	3	4	5
36. Ich habe Angst, daß sich meine Hauterkrankung immer mehr verschlimmert.	1	2	3	4	5
37. Die Krankheit nimmt mir viel an Spontaneität.	1	2	3	4	5
38. Durch Juckreiz wird mir erst klar, daß ich mich unwohl fühle.	1	2	3	4	5
39. Ich fühle mich manchmal verzweifelt wegen meiner Hauterkrankung.	1	2	3	4	5
40. Ich mache mir Gedanken darüber, was andere Menschen über meine Hautkrankheit denken.	1	2	3	4	5

	überhaupt nicht	kaum	ziemlich zutreffend	stark	sehr stark
41. Oftmals denke ich, wie das Leben ohne meine Hautkrankheit wäre.	1	2	3	4	5
42. Es ist mir unangenehm, wenn andere mich nackt sehen.	1	2	3	4	5
43. Viele Dinge gehen mir unter die Haut.	1	2	3	4	5
44. Mein Juckreiz macht mich fertig.	1	2	3	4	5
45. Ich ärgere mich über mich selbst, wenn ich mühsam erreichte Erscheinungsfreiheit durch Kratzen zunichte mache.	1	2	3	4	5
46. Ich sollte mir weniger Streß aufladen.	1	2	3	4	5
47. Ich bin oft unkonzentriert.	1	2	3	4	5
48. Ich widme meiner Haut viel Aufmerksamkeit.	1	2	3	4	5
49. Manchmal könnte ich aus der Haut fahren.	1	2	3	4	5
50. Ich fühle mich abhängig von Cortison.	1	2	3	4	5
51. Durch häufiges Kranksein bekomme ich am Arbeitsplatz Probleme.	1	2	3	4	5

Bitte beantworten Sie zum Abschluß noch folgende Fragen:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht: ( ) männlich ( ) weiblich

In welchem Alter trat die Krankheit zum ersten Mal auf? Im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Falls die Hautkrankheit auftrat, als Sie Kleinkind waren: Im Alter von \_\_\_\_\_ Monaten

Wieviele Monate im Jahr haben Sie deutliche Hautsymptome? \_\_\_\_\_ Monate pro Jahr

Wie häufig haben Sie sich in den letzten fünf Jahren in stationäre Behandlung (einschließlich Kuraufenthalte) begeben müssen? \_\_\_\_\_ mal

Folgende Faktoren beeinflussen die Krankheit:

	überhaupt nicht	kaum	ziemlich	stark	sehr stark
Veranlagung	1	2	3	4	5
Psychische Belastungen:	1	2	3	4	5
Umweltfaktoren (z.B. Allergien, Ernährung, Chemie)	1	2	3	4	5

Welche Körperteile sind zur Zeit befallen? Wenn befallen, leicht oder stark?

	leicht	stark
( ) Gesicht	( )	( )
( ) Hals	( )	( )
( ) Hände	( )	( )
( ) Arme	( )	( )
( ) Rumpf	( )	( )
( ) Beine	( )	( )

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Ereignissen. Bitte geben Sie an, ob im Zeitraum seit dem Kuraufenthalt diese Ereignisse bei Ihnen eingetreten sind.

Wenn möglich geben Sie bitte außerdem an, wann das Ereignis (erstmalig oder besonders stark) eingetreten ist.

Ereignisse	Ereignis eingetreten?		Wann war das?
	nein	ja	
1. Heirat			
2. Ärger mit dem Vorgesetzten			
3. Haftstrafe			
4. Tod des (Ehe-)Partners			
5. Große Änderungen der Schlafgewohnheiten (wesentlich mehr oder weniger Schlaf, Veränderungen im Tag-Nacht-Rhythmus)			
6. Tod eines nahen Familienangehörigen			
7. Größere Änderungen der Ernährungsgewohnheiten (wesentlich mehr oder weniger Nahrungsaufnahme, Veränderungen der Essenszeiten oder Umgebung)			
8. Kündigung eines aufgenommenen Kredits oder Darlehens			
9. Änderungen persönlicher Gewohnheiten (Kleidung, Benehmen, Vereine etc.)			
10. Tod eines nahen Freundes			
11. Geringfügige Rechtsverletzungen (z. B. Verkehrsdelikt, Störung der öffentlichen Ordnung, etc.)			
12. Großer persönlicher Erfolg			
13. Schwangerschaft			
14. Größere Änderung im Gesundheitszustand oder Verhalten eines Familienmitglieds			
15. Sexuelle Schwierigkeiten			
16. Ärger mit der angeheirateten Verwandtschaft			
17. Größere Änderungen der Häufigkeit familiärer Kontakte (z.B. wesentlich mehr oder weniger als gewöhnlich)			
18. Erhebliche Einkommensveränderungen (z.B. wesentlich mehr oder weniger Einkommen als gewöhnlich)			

19. Familienzuwachs (z.B. durch Geburt, Adoption, Einzug des Großvaters)			
20. Wohnungswechsel			
21. Kinder verlassen das Elternhaus (z.B. Heirat, Schulbesuch)			
22. Trennung vom (Ehe-)Partner			
23. Größere Änderungen der kirchlichen Gewohnheiten (z.B. wesentlich mehr oder weniger Aktivitäten als gewöhnlich)			
24. Aussöhnung mit dem (Ehe-)Partner			
25. Fristlose Entlassung			
26. Scheidung, bzw. Trennung vom (Ehe-)Partner			
27. Berufswechsel			
28. Änderung der Häufigkeit von Auseinandersetzungen mit dem (Ehe)Partner (z.B. wesentlich mehr oder weniger Streit über Kindererziehung, persönliche Gewohnheiten etc.)			
29. Größere Veränderung im beruflichen Verantwortungsbereich (z.B. Aufstieg, Abstieg, Versetzung)			
30. Anfang oder Ende der Berufstätigkeit des (Ehe-)Partners			
31. Größere Änderung von Arbeitszeit oder Arbeitsbedingungen			
32. Größere Änderung in der zur Verfügung stehenden Freizeit und/oder Veränderung der Freizeitgewohnheiten			
33. Aufnahme eines Kredits über 30.000 DM (z.B. Hauskauf, Geschäftseröffnung)			
34. Aufnahme eines Kredits unter 30000 DM (z.B. Kauf eines Autos, Fernsehapparates, Kühlschranks)			
35. Schwere eigene Verletzung oder Krankheit			
36. Größere geschäftliche Veränderung (z.B. Fusion, Reorganisation, Konkurs)			
37. Größere Änderung der gesellschaftlichen Gewohnheiten (z.B. Klubs, Tanzen, Kino, Besuche etc.)			
38. Größere Änderung des Lebensstandards (z.B. Hausbau, neue Einrichtung, Verfall des Hauses oder des Wohnviertels)			
39. Pensionierung			
40. Urlaub			
41. Schulwechsel			
42. Schulbeginn oder Abschluß			



**Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)\***

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst und Ihr Leben sehen, und von welchen Bedingungen Ihre Lebenszufriedenheit (bzw. -Unzufriedenheit) abhängt.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der Feststellungen auf den folgenden Seiten jeweils die Zahl an, die am ehesten Ihrer Zufriedenheit in bezug auf die betreffende Feststellung entspricht.

Beispiel:

Mit den öffentlichen Verkehrsmitteln bin ich:

sehr zufrieden	1
zufrieden	2
eher zufrieden	3
weder zufrieden, noch unzufrieden	4
eher unzufrieden	5
unzufrieden	6
sehr unzufrieden	7

Wenn Sie - in diesem Beispiel - mit den öffentlichen Verkehrsmitteln also weder zufrieden noch unzufrieden sind, dann kreuzen Sie bitte die 4 an.

Bitte markieren Sie bei jeder Feststellung nur *ein* Kästchen.

GESUNDHEIT	sehr zu- frie- den 1	zu- frie- den 2	eher zu- frie- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- frie- den 5	unzu- frie- den 6	sehr unzu- frie- den 7
1. Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich...							
2. Mit meiner seelischen Verfassung bin ich...							
3. Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich...							
4. Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich...							
5. Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheit bin ich...							
6. Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, bin ich...							
7. Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank gewesen bin, bin ich...							

ARBEIT und BERUF	sehr zu- frie- den 1	zu- frie- den 2	eher zu- frie- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- frie- den 5	unzu- frie- den 6	sehr unzu- frie- den 7
1. Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich...							
2. Wenn ich daran denke, wie sicher mir meine berufliche Zukunft ist, bin ich...							
3. Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich...							
4. Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich...							
5. Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich...							
6. Was das Ausmaß der beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich...							
7. Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich...							

FINANZIELLE LAGE	sehr zu- frie- den 1	zu- frie- den 2	eher zu- frie- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- frie- den 5	unzu- frie- den 6	sehr unzu- frie- den 7
1. Mit meinem Einkommen/Lohn bin ich...							
2. Mit dem was ich besitze bin ich...							
3. Mit meinem Lebensstandard bin ich...							
4. Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich...							
5. Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin ich...							
6. Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin ich...							
7. Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen Alterssicherung bin ich...							

FREIZEIT	sehr zu- frie- den 1	zu- frie- den 2	eher zu- frie- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- frie- den 5	unzu- frie- den 6	sehr unzu- frie- den 7
1. Mit der Länge meines Jahresurlaubs bin ich...							
2. Mit der Länge meiner Feierabende und meiner Wochenende bin ich...							
3. Mit dem Erholungswert meines Jahresurlaubs bin ich...							
4. Mit dem Erholungswert meiner Feierabende und meiner Wochenenden bin ich...							
5. Mit der Menge der Zeit, die ich für meine Hobbies zur Verfügung habe, bin ich...							
6. Mit der Zeit, die ich den mir nahestehenden Personen widmen kann, bin ich...							
7. Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich...							

EHE UND PARTNERSCHAFT (nur dann ausfüllen, wenn Sie einen festen Partner haben)	sehr zu- fric- den 1	zu- fric- den 2	eher zu- fric- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- fric- den 5	unzu- fric- den 6	sehr unzu- fric- den 7
1. Mit den Anforderungen, die meine Ehe/ Partnerschaft an mich stellt, bin ich...							
2. Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich...							
3. Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines (Ehe-)Partners bin ich...							
4. Mit dem Verständnis, das mein (Ehe-)Part- ner mir entgegenbringt, bin ich...							
5. Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mein (Ehe-)Partner mir entgegenbringt, bin ich...							
6. Mit der Geborgenheit, die mein (Ehe-) Partner mir gibt, bin ich...							
7. Mit der Hilfsbereitschaft, die mein (Ehe-) Partner mir entgegenbringt, bin ich...							

BEZIEHUNG ZU DEN EIGENEN KINDERN (nur ausfüllen, wenn Sie eigene Kinder haben)	sehr zu- fric- den 1	zu- fric- den 2	eher zu- fric- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- fric- den 5	unzu- fric- den 6	sehr unzu- fric- den 7
1. Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich miteinander auskommen, bin ich...							
2. Wenn ich an das schulische und berufliche Fortkommen meiner Kinder denke, bin ich...							
3. Wenn ich daran denke, wieviel Freude ich mit meinen Kindern habe, bin ich...							
4. Wenn ich an die Mühe und Kosten denke, die meine Kinder mir bereitet haben, bin ich...							
5. Mit dem Einfluß, den ich auf meine Kinder habe, bin ich...							
6. Mit der Anerkennung, die meine Kinder mir entgegenbringen, bin ich...							
7. Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich...							

EIGENE PERSON	sehr zu- frie- den 1	zu- frie- den 2	eher zu- frie- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- frie- den 5	unzu- frie- den 6	sehr unzu- frie- den 7
1. Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich...							
2. Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich...							
3. Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich...							
4. Mit meiner Selbstsicherheit und meinem Selbstvertrauen bin ich...							
5. Mit meiner charakterlichen Eigenart (meinem Wesen) bin ich...							
6. Mit meiner Vitalität (d.h. Lebensfreude und Lebenskraft) bin ich...							
7. Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen Menschen auskomme, bin ich...							

SEXUALITÄT	sehr zu- frie- den 1	zu- frie- den 2	eher zu- frie- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- frie- den 5	unzu- frie- den 6	sehr unzu- frie- den 7
1. Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich...							
2. Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit bin ich...							
3. Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich...							
4. Mit der Häufigkeit, mit der meine (Ehe-) Partner sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt u.ä.) bin ich...							
5. Mit meinen sexuellen Reaktionen bin ich...							
6. Wenn ich daran denke, wie unbefangen ich über den sexuellen Bereich sprechen kann, bin ich...							
7. Wenn ich daran denke, inwiefern mein Partner und ich in der Sexualität harmonisieren, bin ich...							

105

FREUNDE, BEKANNTE, VERWANDTE	sehr zu- frie- den 1	zu- frie- den 2	cher zu- frie- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- frie- den 5	unzu- frie- den 6	sehr unzu- frie- den 7
1. Wenn ich an meinen Freundes- und Bekann- tenkreis denke, bin ich...							
2. Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich...							
3. Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich...							
4. Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Verwandte bin ich...							
5. Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten (Verein, Kirche etc.) bin ich...							
6. Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich...							
7. Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich...							

WOHNUNG	sehr zu- frie- den 1	zu- frie- den 2	cher zu- frie- den 3	we- der/ noch 4	eher unzu- frie- den 5	unzu- frie- den 6	sehr unzu- frie- den 7
1. Mit der Größe meiner Wohnung bin ich ...							
2. Mit dem Zustand meiner Wohnung bin ich ...							
3. Mit den Ausgaben (Miete bzw. Abzahlung) für meine Wohnung bin ich...							
4. Mit der Lage meiner Wohnung bin ich...							
5. Mit der Anbindung an Verkehrsmittel bin ich...							
6. Wenn ich an den Grad der Lärmbelästigung denke, bin ich mit meiner Wohnung...							
7. Mit dem Standard meiner Wohnung bin ich...							